

DRK Kreisverband Vorderpfalz e.V.  
August-Heller-Straße 12  
67065 Ludwigshafen



Telefon: 0621-5703-126 Fax: 0621-571359

<http://www.drk-vorderpfalz.de>

# Hinweise zum Ausfüllen des Anmeldebogens

**Anschrift des Mitgliedsbetriebes:**  
Vollständige Anschrift Ihres Unternehmens

**Teilnahmeliste:**  
Tragen Sie in diesem Bereich die Namen, Vornamen und Geburtsdaten der Teilnehmer ein.

**Teilnehmerunterschriften:**  
Die Teilnehmer unterschreiben den Anmeldebogen erst am Kurstag in Anwesenheit der Lehrkraft, dies dient zur Bestätigung der Teilnahme gegenüber der Berufsgenossenschaft.

**Zuständiger Unfallversicherungsträger:**  
Name der zuständigen Berufsgenossenschaft / Unfallkasse.

**Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer:**  
Die Mitgliedsnummer Ihres Unternehmens bei der Berufsgenossenschaft.

**Bestätigung durch das Unternehmen:**  
Datum, Firmenstempel sowie Unterschrift Ihrer Geschäftsleitung, Personalabteilung oder eines anderen Zeichnungsberechtigten.

**Datum des Lehrgangs:**  
Datum des gewünschten Kurstermins, für den Sie Ihre Mitarbeiter anmelden möchten.

**Das Original-Formular ist am Kurstag mitzubringen!**

**Bitte faxen oder mailen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen vorab an uns zurück:**

**Fax-Nr. 0621-571359**  
**[ausbildung@drk-vorderpfalz.de](mailto:ausbildung@drk-vorderpfalz.de)**

# Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung  
von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung  Fortbildung  
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
Straße / Hausnummer	Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer
PLZ                      Ort	

<b>Teilnahmeliste</b>			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.				
	Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift	
1				<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>

<b>Bestätigung durch das Unternehmen</b>	
Ansprechperson im Unternehmen Name, Vorname: Tel.: E-Mail:	Stempel, Unterschrift   Ort, Datum

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>	
Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular	Datum des Lehrgangs
Kennziffer der Ausbildungsstelle	Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle