

# Anmeldeformular

Ausbildung

Fortbildung

## Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Anschrift des Mitgliedsbetriebes  
 Strasse  
 PLZ  
 Hausnr.  
 Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger:  
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer:

### Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.  
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift	
1		. .		
2		. .		
3		. .		
4		. .		
5		. .		
6		. .		
7		. .		
8		. .		
9		. .		
10		. .		

### Bestätigung durch das Unternehmen

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Unternehmens

### Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular  Datum des Lehrgangs  
 Kennziffer der Ausbildungsstelle **8.0708**  Name der Lehrkraft  
 Registriernummer des Lehrgangs  Ort des Lehrgangs  
 Ort, Datum **Gardelegen, den** 
 Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle  
**VDM-GmbH**  
**Schulplatz 2**  
**39638 Gardelegen**