

Formular für die Anmeldung und Bestätigung der Teilnehmer an der Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Anschrift der ausbildenden Stelle
 DEUTSCHES ROTES KREUZ, KV Essen
 Staatl. anerkannte Schule für Rettungshelfer
 Referat Breitenausbildung
 Hachestr. 32, 45127 Essen
 Tel.: 0201 / 8474-320

Anschrift des Unternehmens

Anmeldung und Teilnahmebestätigung für Erste Hilfe

Ausbildung Fortbildung
 zutreffendes bitte ankreuzen

	Teilnehmer: Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

<u>Zuständiger Unfallversicherungsträger</u>		<u>Mitglieds-Nr. des Unternehmens</u>
<u>Datum</u>	<u>Stempel, Unterschrift des Unternehmens</u>	

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Kennziffer der Ausbildungsstelle (www.bg-qseh.de) 3.0809	Registriernummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
<u>Zeitraum der Ausbildung (vom-bis)</u>	Ort der Ausbildung
Name des verantwortlichen Arztes Claudia Walk Fachärztin für Anästhesiologie und Notfallmedizin	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- bzw. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum Essen, den	_____ (Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)