

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

Anschrift der ausbildenden Stelle  
**Deutsches Rotes Kreuz**  
**Kreisverband Berlin-Nordost e.V.**  
**Geschäftsstelle**  
**Sella-Hasse-Straße 19/21**  
**12687 Berlin**  
 ( 030 93523423, Fax: 030 93023995

Anschrift des Unternehmens

**X**

**Anmeldung und Teilnahmebestätigung für Erste Hilfe**     **Ausbildung**     **Fortbildung**

Teilnehmer: Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift (erst im LG)
1 <b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

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

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Kennziffer der Ausbildungsstelle ( <a href="http://www.bg-qseh.de">www.bg-qseh.de</a> ) <b>3.0302</b>	Registriernummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom-bis) <b>X</b>	Ort der Ausbildung <b>X</b> Marzahn    Pankow    Weißensee
Name des verantwortlichen Arztes <b>Dr. Holger Löser</b>	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- u. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum _____	_____ (Stempel, Unterschrift der Ausbildenden Stelle)