

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

Anschrift der auszubildenden Stelle

Malteser Hilfsdienst e.V
Mercatorstr. 5
49080 Osnabrück

Anschrift des Unternehmens

Anmeldung und Teilnahmebestätigung für Ausbildung Fortbildung

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

Zuständiger Unfallversicherungsträger	Mitglieds-Nr. des Unternehmens
Datum	Stempel, Unterschrift des Unternehmens

Bestätigung durch die Ausbildungsstätte	
Kennziffer der Ausbildungsstelle (www.bg.qseh.de) 5.5141	Registrierungsnummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom - bis)	Ort der Ausbildung
Name des verantwortlichen Arztes Dr. R. Löb	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum Osnabrück, den _____ (Stempel, Unterschrift der auszubildenden Stelle)	