

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

Anschrift der ausbildenden Stelle

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Schwerin Stadt e.V.
Güstrower Str. 4
19055 Schwerin

Anschrift des Unternehmens

Anmeldung und Teilnahmebestätigung für Erste Hilfe 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 Ausbildungsstelle	
Kennziffer der Ausbildungsstelle (www.bg-qseh.de) 3.1524	Registriernummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom-bis)	Ort der Ausbildung Schwerin
Name des verantwortlichen Arztes Dr. Scherkus	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- bzw. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum _____	_____ (Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)