

an DRK KV Berlin-City e.V.
 Aus- und Fortbildung
 Gotzkowskystraße 8
 10555 Berlin
 Tel: (030) 396 020 612
 Fax: (030) 396 020 613

Abs: _____

 Tel.: _____
 Fax: _____
 (Anschrift des Unternehmens)

Anmeldung und Teilnahmebestätigung

(bitte per Post zum DRK KV Berlin-City e.V. schicken!!)

Erste-Hilfe-Lehrgang

Erste-Hilfe-Training

Termin, Tag:
 Zeit:

Ort:

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

_____ (zuständ. Versicherungsträger) _____ Mitglieds-Nr. d. Unternehmens

_____ Datum _____ (Stempel, Unterschrift des Unternehmers)

Die ordnungsgemäße Teilnahme am Erste Hilfe Lehrgang / Training
 in der Zeit vom _____ bis _____ wird bestätigt.

 (Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)

vom Unfallversicherungsträger auszufüllen

____ Vers.-Tg.-Nr

____ M-Nr.

____ Monat ____ Jahr
 ____ Zeitpunkt der Ausbildung

____ Art der Schulung 01= Erste-Hilfe-Lehrgang
 02= Erste-Hilfe-Training

____ Anzahl der Teilnehmer

02 ausgebildet durch Deutsches Rotes Kreuz

____ Datum _____ Unterschrift

Kreisverbandsarzt: Dr. Karin Zemper
 Lehrkraft:

Kennziffer der Ausbildungsstelle: 3. 0301
 Registriernummer: