

# 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

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstätte</b>	
Kennziffer der Ausbildungsstelle (www.bg.qseh.de) <b>5.5141</b>	Registrierungsnummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom - bis)	Ort der Ausbildung
Name des verantwortlichen Arztes <b>Dr. R. Löb</b>	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)	