Ersthelfer Aus- und Fortbildung in Betrieben

Antrag auf Kostenübernahme für Schulungen **ab 01.04.2015**

Mitgl.-Nr.:

Vom Antragssteller auszufüllen:

Absender (Stempel):

Ansprechpartner:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Gemeinde-Unfallversicherungsverband
Oldenburg
Prävention
Frau Mirek
Gartenstraße 9
26122 Oldenburg

Vom Antragssteller auszufüllen:

Betriebsteil mit Anschrift (z. B. Verwaltung, Bauhof, komm. Kita…)	**Anzahl Beschäftigte** (Angestellte u. Arbeiter)	**Gewünschte Teilnehmerzahl**		Der Kurs wird durchgeführt von
		Lehrgang	Training	JUH ☐ DRK ☐ MHD ☐ DLRG ☐ ASB ☐
Name:				Andere ermächtigte Stelle:
				Name:
Straße:				Adresse:
PLZ/Ort:				Tel.:
				E-Mail:
Kurstermin:				
Ort:	Datum:			Unterschrift (LeiterIn oder beauftragte Person der Einrichtung)

Wird vom Unfallversicherungsträger ausgefüllt:

Kostenübernahmeerklärung	**Ablehnung**
Die Kosten werden übernommen für 9 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten für _____ Person(en). Die Zusage ist gültig bis zum	Die Kosten können nicht übernommen werden, _____ _____
Ort: Datum:	Unterschrift