

Ausfüllanleitung BG-Formulare

Sehr geehrte Praxisteams,

als Mitgliedsunternehmen der BGW müssen Sie für Ihre Erste-Hilfe Fortbildungen im Dentallabor Hetjens **vor dem Seminar** ein Kostenzusageformular (Teilnehmerliste) bei der BGW beantragen.

Bei **Ausbildungsart** muss **Erste-Hilfe Fortbildung** ausgewählt werden (siehe Beispiel).

- <https://www.bgw-online.de/DE/Leistungen-Beitrag/Praevention/Erste-Hilfe/Erste-Hilfe-Kostenuebernahme.html>
- Das Formular wird online inkl. aller Daten generiert und mit dem BGW Logo versehen.
- Ohne dieses Formular ist keine Abrechnung mit der BGW möglich.
- **Das Formular muss am Seminartag im Original inkl. Praxisstempel und Unterschrift vorliegen. Eine nachträgliche Einreichung ist nicht möglich. Liegt die Genehmigung am Seminartag nicht oder nicht vollständig vor, erhalten Sie eine Rechnung.**
- Änderungen der Teilnehmerliste, z.B. Tausch / Hinzufügen von Personen, sind nicht zulässig – die BGW verweigert die Kostenübernahme

Verfahrensinhalt: Durch organisatorische Maßnahmen ist zu gewährleisten, dass bei der Unterzeichnung nur die eigenen Personendaten eingetragen werden können. Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Anpassen kann Sie es mit einem Schweizer oder dunkelblauen Stift tun. Vielen Dank!

Anmeldeformular Ausbildung Fortbildung
für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes
Philipp Jünemann und Holger Joosten GbR

Strasse / Hausnummer
Am Ehrenmal 15
PLZ Ort
46509 Xanten

Zuständiger Unfallversicherungsträger
(Beitragsschlichter, Unfallkasse)
BGW Hamburg
Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer
F502547H00

Teilnehmerliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift	
1 Joosten, Holger	26 . 09 . 1970		<input type="checkbox"/>
2 Jünemann, Philipp	13 . 02 . 1986		<input type="checkbox"/>
3	-		<input type="checkbox"/>
4	-		<input type="checkbox"/>
5	-		<input type="checkbox"/>
6	-		<input type="checkbox"/>
7	-		<input type="checkbox"/>
8	-		<input type="checkbox"/>
9	-		<input type="checkbox"/>
10	-		<input type="checkbox"/>

Bestätigung durch das Unternehmen
Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Unternehmens

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular
Kennziffer der Ausbildungsstelle
Registriernummer des Lehrgangs
Ort, Datum

Datum des Lehrgangs
13.11.2019
Name der Lehrkraft
Ort des Lehrgangs
Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII durch den Unfallversicherungsträger verarbeitet.

In **roten** Feldern
keine Eintragungen oder
Änderungen vornehmen

Im **grünen** Feld
Praxisstempel, Datum
und Unterschrift
einbringen und zum
Seminar mitbringen.