Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an das Dezernat IV A, (Tel.: 16- 2029)

Anmeldung und Teilnahmebestätigung für:

TECHNISCHE UNIVERSITÄT DARMSTADT

☑ **Erste-Hilfe-Lehrgang** ☐ **Erste-Hilfe-Training**

am: .....

Anschrift/Stempel
Fachbereich, Dezernat,
Hochschuleinrichtung: ..... Unterschrift der/des Vorgesetzten: .....

Anschrift der ausbildenden Stelle:	**Zuständiger Versicherungsträger:** **Unfallkasse Hessen** **Leonardo-da-Vinci-Allee 20** **60486 Frankfurt** **Mitglieds-Nummer: 2.31.64/0000.1**

Teilnehmer: **Name, Vorname**	**Gebäude-Nummer**	**Unterschrift /** **Bestätigung der Teilnahme** **(bitte erst im Kurs unterschreiben!)**

Genehmigungsvermerk Dezernat IV A: (zur Bestätigung der Kostenübernahme durch die UKH) ..... Datum Stempel, Unterschrift	**Die Teilnahme am Erste-Hilfe-Lehrgang/-Training wird bestätigt:** ..... Name der Lehrkraft ..... Datum Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle