

Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover  
Landesunfallkasse Niedersachsen  
Geschäftsbereich Prävention  
Am Mittelfelde 169

30519 Hannover

Bitte senden Sie diesen Antrag  
vollständig ausgefüllt per E-Mail  
an folgende Adresse zurück:

[ersthilfe@guvh.de](mailto:ersthilfe@guvh.de)

## Antrag auf Kostenübernahme

Aus- und Fortbildung betrieblicher Ersthelfender in Unternehmen/Betrieben, Hochschulen

Dienststelle / Betrieb:\*

Straße:\*

PLZ Ort:\*

Ansprechperson:\*

Telefonnummer:\*

Voraussichtlicher Kurstermin (Datum):\*

Möchten Sie die Rückmeldung von uns digital erhalten?\*

per E-Mail, Adresse:

Betriebsteil	Beschäftigte im Betriebsteil	Ausbildung	Fortbildung
(z. B. Verwaltung, Bauhof, Hallenbad...)	(ohne Beamte) Gesamtanzahl*	Gewünschte TN-Zahl*	Gewünschte TN-Zahl*

Ich bin damit einverstanden, dass der GUVH und die LUKN meine Daten entsprechend  
des § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII verarbeitet.\*

\*Pflichtfelder

\*\* Bitte beachten Sie die automatische Antwort in Ihrem E-Mail-Postfach!