

Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover
Landesunfallkasse Niedersachsen
Geschäftsbereich Prävention
Am Mittelfelde 169

30519 Hannover

Bitte senden Sie
diesen Antrag vollständig
ausgefüllt an uns zurück.

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!

ABSENDEN
an erstehilfe@guvh.de