

KENNZ. AUSB.-STELLE: 3.0301

Erste-Hilfe-Fortbildung

Teilnahmebescheinigung Nr.

Name/Vorname: Ranner Paul

Geburtsdatum: _____ Ausbildungsbeginn: 29.05.19

Lehrgangsleitung: Jörg Mix Ausbildungsende: 29.05.19

Der Kostenbeitrag von 35 EURO wurde entrichtet.

Berlin 29.5.19
Ort, Datum

[Signature]
Unterschrift der ausbildenden Stelle

Deutsches Rotes Kreuz 
Kreisverband Berlin-Zentrum e.V.
Aus- und Fortbildung
Gotzkowskystr. 8 10556 Berlin
Tel. 030/398 020-612/615 Fax 030/398 020-613

Stempel

Die Ausbildung umfasst 9 Unterrichtseinheiten. Diese Bescheinigung gilt nicht als Nachweis im Sinne der Fahrerlaubnisverordnung

Weiterführende Informationen finden Sie unter www.drk.de

Ihr Deutsches Rotes Kreuz