

Kreisschützenverband Stormarn von 1912 e.V.



An die
Vorsitzenden und Sportleiter
der Vereine und Gilden
Kreisschützenverbandes Stormarn v. 1912 e.V.

Bankkonto:
Sparkasse Holstein
IBAN: DE10213522400014009005
BIC: NOLADE21HOL

Geschäftsstelle:
Birgit Roden
Poggensee 10
23843 Bad Oldesloe
Telefon 0 45 31 / 71 63
Fax 0 45 31 / 67 92 30
Mail: 1.schrift@ndsb-od.de

26. Januar 2026

Betr.: Einladung zu zwei Ersthelfer-Lehrgängen in Ahrensburg

Liebe Schützenschwester, lieber Schützenbruder,

für einige Lehrgänge im DSB (z. B. Schießsportleiter, C-Trainer) ist u. a. eine Voraussetzung, dass ein Ersthelfer-Lehrgang absolviert wurde. Der KSchV Stormarn bietet in Zusammenarbeit mit der Sanitätsschule Nord diese beiden Lehrgänge an.

Termine: Sonntag, 22. März 2026 um 9 Uhr
Sonntag, 29. März 2026 um 9 Uhr

Teilnahmeberechtigt: Mitglieder der Vereine im KSchV Stormarn ab 16 Jahre
max. 20 Teilnehmer pro Termin

Schulungsort: Ahrensburger Schützengilde
Am Hopfenbach 9
22926 Ahrensburg

Anmeldung: bis 2. März 2026 über den Verein / Gilde
bei Christine Heinrich per Mail:
chr.heinrich62@web.de

Abrechnung über Berufsgenossenschaften:

Es ist beigefügtes BG-Abrechnungsformular vollständig auszufüllen, von der berechtigten Person des Vereins / der Gilde zu unterschreiben und ausgedruckt vor Kursbeginn mitzubringen.

Teilnehmer ohne BG-Abrechnung zahlen jeweils 46,31 € in bar an Christine Heinrich, die dann direkt mit der Sanitätsschule Nord abrechnet.

Nachweis:

Jeder Teilnehmer erhält nur dann eine Bescheinigung, wenn er den Kurs vollständig und unter aktivem Mitwirken absolviert hat.

Wir wünschen dir schon jetzt viel Spaß und Erfolg beim Lehrgang.

Achtung:

Für Getränke und Verpflegung ist gesorgt.

Mit Schützengruß

Christine Heinrich

Christine Heinrich
komm. Kreisausbildungsleiterin

Anlage:
BG Abrechnungsformular

Abrechnungsbogen

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

- ☐ Ausbildung
- ☐ Fortbildung
- ☐ Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
Straße / Hausnummer	Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)
PLZ Ort	

Teilnahmeliste		Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.		Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
	Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift	
1				☐
2				☐
3				☐
4				☐
5				☐
6				☐
7				☐
8				☐
9				☐
10				☐

Bestätigung durch das Unternehmen	
Ansprechperson im Unternehmen Name, Vorname: Tel.: E-Mail:	Stempel, Unterschrift Ort, Datum

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular	Datum des Lehrgangs
Kennziffer der Ausbildungsstelle	Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle