

Přihláška do certifikovaného kurzu



U Nemocnice 2094/1
128 00 Praha 2 - Nové Město

Název:

Termín kurzu:

Příjmení, jméno, titul žadatele:

Datum narození:Místo narození:

Bydliště:PSC:

E-mail: Telefonní kontakt:

Pracoviště:

Dosažená kvalifikace:

Pracovní zařazení a délka praxe:

Informace o plátcí - hradí-li kurz zaměstnavatel:

Zaměstnavatel:

Adresa zaměstnavatele:

IČO:DIČ:

Statutární zástupce:

Datum:

podpis žadatele