|  |
| --- |
| Akreditovaný kvalifikační kurz  SANITÁŘ |

PŘIHLÁŠKA

Jméno a příjmení:…………………………………………………………………………….….

Den, měsíc, rok narození:…………………………….Rodné číslo:……………………………

Místo narození:……………………………………….Okres:……………………………….….

Státní občanství:………………Bydliště:………………………………………PSČ:………….

Telefon:……………………………..E-mail: …………………………………………………..

Zaměstnavatel:…………………………………………………………………………………..

Pracoviště:…………………………………………….Funkce:………………………………...

…………………………………

podpis uchazeče

Doporučení pracoviště:………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

Datum:……………………………………….

……….……………………………………………………..

podpis oprávněné osoby a razítko zdravotnického zařízení