

IČ: 02560739 / DIČ: CZ 02560739 / T: +420 720 967 901, 727 821 809
Bankovní spojení RB, číslo účtu: 5070011410/5500**PŘIHLÁŠKA**

AKREDITOVANÝ KVALIFIKAČNÍ KURZ PRO SANITÁŘE		I/2019
Jméno a příjmení:		
Rodné jméno:		
Datum narození:		
Místo narození:		
Rodné číslo:		
Státní příslušnost:		
Bydliště/PSČ:		
Kontaktní adresa: Pokud je jiná než místo trvalého bydliště.		
Telefon:		
E-mail:		
Nejvyšší dosažené vzdělání ¹ :		
Očkování proti žloutence:	Ano / Ne	
Datum:		
Podpis:		

„Tímto uděluji subjektu AGEL Střední zdravotnická škola s.r.o. souhlas se zpracováním svých osobních údajů obsažených v mé přihlášce za účelem účasti v akreditovaném kvalifikačním kurzu Sanitář, a to do 31. 7. 2019“

¹ Kopii dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání doložte k přihlášce