



ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA
na kurz „Zdravotník zotavovacích akcí“



A. POPLATEK HRADÍ ÚČASTNÍKŮM ZAMĚSTNAVATEL						
Termín, na který se účastník hlásí						
Úplný název organizace						
Fakturační adresa dle zřizovací listiny (ulice, město, PSČ)				IČO organizace		
Kontakty na organizaci		Telefon			E-mail	
		Jiný				
Datum narození	Místo	Titul	Příjmení, jméno	Kontakt (tel.; e-mail)	Podpis účastníka	
B. POPLATEK SI ÚČASTNÍK HRADÍ SÁM						
Datum narození	Místo	Titul	Příjmení, jméno	Bydliště; kontakt	Podpis účastníka	

Přihlášky zasílejte: **1) poštou na adresu Mgr. Chalupové**, VOŠZ Brno, p. o., Kounicova 684/16, 602 00 Brno;
2) elektronicky na: chalupova.gabriela@voszbrno.cz

Datum: _____

Podpis: _____

Razítko org.: _____