P ř i h l á š k a

na akreditovaný kvalifikační kurz SANITÁŘ

Příjmení a jméno: ……

Datum narození: ……..... místo narození: ……..

Národnost: …… státní občanství: ……...

Bydliště: ……..

Telefon: ……. email: ……..

Úhrada účastnického poplatku: samoplátce úřad práce

Možnost online výuky: ANO NE
(PC, připojení k internetu, sluchátka, mikrofon)

Datum: ……. Podpis: …….……

NEMOCNICE ŠUMPERK

A: Nerudova 640/41, 787 01 Šumperk
E: info@nemocnicesumperk.cz
W: www.nemocnicesumperk.cz

Spojovatelka: 583 331 111
Centrální příjem: 583 334 105-6
Vedení nemocnice: 583 335 004

Nemocnice Šumperk a.s. zapsána v obchodním rejstříku vedeném
Krajským soudem v Ostravě, oddíl B, vložka 3020, IČ: 47682795