

NEODKLADNÁ PODPORA ŽIVOTNÝCH FUNKCIÍ

Modul č., dňa

Evidenčné číslo (pridelí organizátor)

Prihlasujem sa do študijného programu sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov:

Titul, meno, priezvisko:

Dátum narodenia:

Korešpondenčná adresa:

Pracovná pozícia:

Kategória zdravotníckych pracovníkov
(lekár, sestra, logopéd, psychológ, farmaceut...)

Kontaktné údaje - telefónne číslo..... e-mail:

V prípade naplnenia kapacity zvoleného kurzu preferujem **náhradný termín:**

sobota, dňaalebo dňa alebo dňa.....

pracovný deň, 2x 4 hodiny (dva po sebe nasledujúce pracovné dni), dňa.....

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v prihláške sú pravdivé a súhlasím so spracovaním nevyhnutných osobných údajov pre potreby organizátora študijného programu (v súlade so zákonom č.428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov)

Zvláštne požiadavky a obmedzenia

Dátum:

vlastnoručný podpis

Ako sa prihlásiť?

Prihlášky prosím zasielajte poštou na adresu:

alebo e mailom:

alebo telefonicky na čísle:

GEPAMED, s.r.o., Strečnianska 13, 851 05 Bratislava

gepamed.kurzy@gmail.com

0917 808 266 (administratívny koordinátor)