

NEODKLADNÁ PODPORA ŽIVOTNÝCH FUNKCIÍ

Evidenčné číslo
(pridelí organizátor)

Modul číslo	
dňa	
mesto	

Prihlasujem sa do študijného programu sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov:

Titul, meno, priezvisko

Identifikačné číslo Slovenskej lekárskej komory

Korešpondenčná adresa

Fakturačné údaje: adresa, IČO/DIČ.....

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), dna.....

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 c.428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov).

Zvláštne požiadavky a obmedzenia

Dátum: **vlastnoručný podpis**

Ako sa prihlásiť?

1. poštou na adresu: GEPAMED, s.r.o., Strecnianska 13, 851 05 Bratislava
2. alebo e mailom : kurzyresuscitacie@vzdelavanie-zdravotnikov.sk
3. alebo telefonicky/SMS: 0917 808 266 (administratívny koordinátor)
4. elektronicky cez www.vzdelavanie-zdravotnikov.sk