



Akreditovaný kvalifikační kurz

MASÉR VE ZDRAVOTNICTVÍ

PŘIHLÁŠKA

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:..... Rodné číslo:.....

Místo narození:..... Okres:.....

Státní občanství:.....

Bydliště:.....PSČ:.....

Telefon:.....E-mail:.....

Zaměstnavatel:.....

Pracoviště:.....Funkce:.....

V dne.....

.....
Podpis uchazeče

Při zahájení kurzu účastník předloží:

1. Doklad o zaplacení zálohy na kurz ve výši 20.000,- Kč
2. Potvrzení od lékaře o zdravotní způsobilosti
3. Zdravotní (očkovací průkaz) – očkování proti hepatitidě typu B