

Přihláška

Akreditovaný kvalifikační kurz Kuchař/kuchařka pokrmů dietního stravování

Osobní údaje			
Příjmení		Datum narození	
Jméno		Místo narození	
Titul		Telefon	
Rodné příjmení		E-mail	
Číslo OP		Nejvyšší dosažené vzdělání	

Adresa trvalého pobytu			
Ulice		ČP/ČO	
Obec		PSČ	

Adresa pro doručování písemností (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu)			
Ulice		ČP/ČO	
Obec		PSČ	

Zaměstnavatel	
Název organizace, IČ	
Sídlo	
Pracovní zařazení	

Účastnický poplatek uhradte, prosím, na účet Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické, Ostrava, příspěvkové organizace:

částka: **12 100,- Kč**

číslo účtu: **71633761/0100**

variabilní symbol: **324508**

specifický symbol: **datum narození ve tvaru DDMMRR**

Do zprávy pro příjemce uveďte jméno a příjmení účastníka.

Datum:

Podpis: