



# Příhláška

## Akreditovaný kvalifikační kurz Zubní instrumentářka

Osobní údaje			
Příjmení		Datum narození	
Jméno		Místo narození	
Titul		Telefon	
Rodné příjmení		E-mail	

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 (pokud je plátcem ceny kurzu a chcete na tuto cenu vystavit fakturu)	
Název organizace, IČ	
Sídlo	
Pracovní zařazení	

Plátce (pokud je jiný než žadatel)	
Název/Jméno a příjmení	
Adresa	

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

částka: **19 900,- Kč**  
(nebo závdavek ve výši 14 000,- Kč ihned a doplatek ve výši 5 900,- Kč do 31.12.2026)

číslo účtu: **71633761/0100**

variabilní symbol: **377117**

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

Do zprávy pro příjemce uveďte jméno a příjmení účastníka.

Datum:

Podpis: