

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	

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

částka: **16 000,- Kč**

číslo účtu: **71633761/0100**

variabilní symbol: **377117**

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

Do zprávy pro příjemce uveďte jméno a příjmení účastníka.

V případě, že cenu kurzu za Vás platí zaměstnavatel nebo jiný plátc, informujte nás o tom.

V případě, že požadujete na cenu kurzu vystavit fakturu, obraťte se na účetní naší organizace (tel. 595 693 645)

Datum:

Podpis: