



Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, Praha 4, 140 59

Přihláška

Akreditovaný kvalifikační kurz Sanitář

Jméno: _____ Příjmení: _____

Rozená: _____ Státní příslušnost: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____

Místo narození: _____

Bydliště (kontaktní adresa): _____

_____ PSČ: _____

kontaktní tel.: _____

Adresa zaměstnavatele: _____

oddělení: _____ tel.č.: _____ os.č.: _____

Žadatel potvrzuje svým podpisem souhlas s tím, aby jeho osobní data byla použita pro účely archivace ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění

Podpis žadatele: _____ Datum: _____