



## PŘIHLÁŠKA

akreditovaný kvalifikační kurz Sanitář

Příjmení, jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Místo narození: \_\_\_\_\_

Státní příslušnost: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa včetně PSČ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ podpis účastníka

### Lékařské potvrzení

Očkování proti virové hepatitidě B: \_\_\_\_\_

*Při zahájení očkování stačí uvést 1. a 2. dávku. Při ukončeném očkování uvést všechny 3 dávky.*

Žadatel je zdravotně způsobilý k absolvování kurzu a k výkonu povolání sanitáře.

Datum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře

Účastnický poplatek hradí zaměstnavatel: ANO  NE

Název organizace: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

IČ: \_\_\_\_\_ DIČ: CZ \_\_\_\_\_

V případě, že hradí zaměstnavatel, potvrdí souhlas s platbou kurzu níže:

\_\_\_\_\_ razítko a podpis zaměstnavatele

### Způsob úhrady:

Platba bude provedena na základě faktury vystavené ekonomickým odborem SZŠ příslušnému zdravotnickému zařízení/samoplátcí. Dojde - li k přerušení kurzu ze strany účastníka, poplatek za kurz nebude vrácen.

Příhlášku zasílejte na adresu:

Střední zdravotnická škola; Mgr. Jana Šolcová, Ruská 2200/91, 100 00 Praha 10; E-mail: [solcova.j@szs-ruska.cz](mailto:solcova.j@szs-ruska.cz)  
Telefon +420 731 362 356