



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, IČ: 00064165

Odbor vzdělávání VFN v Praze

Na Bojišti 1, 120 00 Praha 2

PŘIHLÁŠKA

NA KVALIFIKAČNÍ I CERTIFIKOVANÉ KURZY OV VFN v Praze

Název kurzu			

Osobní údaje				
Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem	
Datum narození	Místo narození	Číslo registrace	Státní příslušnost	
Dosažené vzdělání				
SZŠ	VOŠ	Bc.	Mgr.	Jiné
K přihlášce přiložte stejnopis, nebo kopii dokladu o dosaženém vzdělání.				

Údaje pro daňový doklad – plátce	
Právnícká osoba – zaměstnavatel	Fyzická osoba - samoplátce

Adresa pracoviště			
Název zařízení		IČ	
		DIČ	
Ulice	Č. p.	Město	PSČ
Klinika, oddělení			
Pracovní zařazení			

Adresa bydliště			
Ulice	Č. p.	Město	PSČ

Kontaktní adresa (vyplňujte jen v případě, že není shodná s adresou bydliště)			
Ulice	Č. p.	Město	PSČ

Kontakty		
E-mail	Telefon	Mobil

Souhlasím s tím, aby s uvedenými údaji bylo nakládáno v souladu se zákonem č.101/200 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Ve formuláři, prosíme, uveďte všechny požadované údaje!

V dne Podpis

Podpis nadřízeného pracovníka (platí pouze pro zaměstnance VFN v Praze)