

# PŘIHLÁŠKA

## NA KVALIFIKAČNÍ I CERTIFIKOVANÉ KURZY VFN V PRAZE

Název kurzu			
Vyberte název kurzu			
Osobní údaje			
Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem
Datum narození	Místo narození	Státní příslušnost	
Dosažené vzdělání			
Nejvyšší dosažené vzdělání			
<i>K přihlášce přiložte kopii dokladu o dosaženém vzdělání.</i>			
Údaje pro daňový doklad – plátce			
Právnícká osoba – zaměstnavatel		Fyzická osoba - samoplátce	
Adresa pracoviště			
Název		IČ	
		DIČ	
Ulice	Č.p.	Město	PSČ
Klinika, oddělení			
Pracovní zařazení a délka praxe			
Datum a podpis zaměstnavatele (nevyplňují zaměstnanci VFN)			
Kontaktní adresa			
Ulice	Č.p.	Město	PSČ
Kontakty			
E-mail	Telefon	Mobil	

Souhlasím se zpracováním osobních údajů podle [Obecného nařízení o ochraně osobních údajů](#).

**Ve formuláři, prosíme, uveďte všechny požadované údaje!**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis .....

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