

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)