Vítkovická nemocnice
Člen skupiny AGEL

Přihláška do vzdělávacího programu

Druh vzdělávacího programu: specializační vzdělávání
Název vzdělávacího programu: aplikovaná fyzioterapie
Část vzdělávacího programu: praktická

Titul, jméno a příjmení :
Datum narození :
Bydliště :
Telefon/ mobil :
E-mail :
Účastnický poplatek hradí :

Zaměstnavatel ANO/NE (nehodící se škrtněte)
nutné doplnit následující údaje :
Název:
Sídlo:
IČ: DIČ:

Účastník ANO/NE (nehodící se škrtněte)

vykonává-li zájemce činnost jako soukromá osoba, dále doplní :
Název:
Sídlo:
IČ: DIČ:

Termín konání :

od :	do :	oddělení
od :	do :	oddělení
od :	do :	oddělení
od :	do :	oddělení
od :	do :	oddělení

Dne : Podpis zájemce

Termín schválen dne : Podpis vedoucího praktické výuky