

## Přihláška na akreditovaný kvalifikační kurz sanitář

Příjmení, jméno:

Datum narození:

Místo narození:

Státní příslušnost:

Tel:

E-mail:

Kontaktní adresa včetně PSČ:

V Mělníku 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:

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

.....  
**razítko a podpis zaměstnavatele**

**Způsob úhrady:**

**Platba bude provedena na základě faktury vystavené ekonomickým odborem Mělnické zdravotní a.s. příslušnému zdravotnickému zařízení/samoplátci. Dojde-li k přerušení kurzu ze strany účastníka, poplatek za kurz nebude vrácen.**