

ŽÁDOST O VSTUP DO KURZU SVÁŘEČE PLASTŮ / PŘIHLÁŠKA

VYPLŇTE PROSÍM ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM

OSOBNÍ ÚDAJE ŽADATELE

Titul před	Jméno	Příjmení	Titul za
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum naroz./ rod.č.	<input type="text"/>	Místo narození	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliště			
Ulice	<input type="text"/>	č. p.	<input type="text"/>
Město	<input type="text"/>	PSC	<input type="text"/>
Stát	<input type="text"/>		
Kontakt			
Telefon domů	<input type="text"/>	Tel. do práce	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Fax do práce	<input type="text"/>

ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI ŽADATELI

Název firmy	<input type="text"/>		
Sídlo firmy	<input type="text"/>		
IČO	<input type="text"/>	DIČ	<input type="text"/>
Kontaktní adresa	<input type="text"/>		
Zaměření firmy	<input type="text"/>	Telefon / Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	WWW	<input type="text"/>

ŽÁDANÝ KURZ

Typ kurzu	<input type="checkbox"/> Základní kurzu dle ČSN 05 0705 - rozsah	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Přípravný kurz podle Doc. 581 pro zkoušku ČSN EN 13 067- Modul / Podskupina	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> certifikační <input type="checkbox"/> recertifikační

INFORMACE O TERMÍNU KURZU

Počet dnů přípravy	<input type="text"/>	Datum kurzu od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------------	----------------------	----	----------------------

POTVRZENÍ SVÁŘEČE

Svým podpisem zároveň potvrzuji souhlas s poskytnutím svých osobních dat podle zákona 101/ 2000 Sb. par.9 pro potřeby ATB a CWS ANB v souvislosti s vedením agendy kvalifikací svářečského personálu. Současně potvrzuji, že po seznámení s předpisy BOZP a PO se jimi budu řídit v SVAŠ Příbyl s.r.o.

Přiložte doklad o zdravotní prohlídce, případně průkaz odborné kvalifikace, k certifikace foto 3,5 x 4,5cm

Datum	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------	----------------------