

# Akreditovaný kvalifikační kurz

## MASÉR VE ZDRAVOTNICTVÍ

### PŘIHLÁŠKA

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Rodné číslo:.....

Místo narození: ..... Okres: .....

Státní občanství: .....

Bydliště: ..... PSČ: .....

Telefon: ..... E-mail:.....

Dosažené vzdělání: .....

Zaměstnavatel: .....

Pracoviště: ..... Funkce: .....

V ..... dne .....

Podpis uchazeče

Při zahájení kurzu účastník předloží:

- 1) Doklad o zaplacení kurzu
- 2) Potvrzení od lékaře o zdravotní způsobilosti
- 3) Zdravotní (očkovací) průkaz – očkování proti hepatitidě typu B