



**Střední zdravotnická škola  
a vyšší odborná škola zdravotnická Karlovy Vary,  
příspěvková organizace  
Poděbradská 1247/2, 360 01 Karlovy Vary,  
telefon: 353 233 936  
www.zdravkakov.cz**

## **PŘIHLÁŠKA**

Název kurzu: .....

Jméno a příjmení : .....

Datum narození, místo: .....

Státní příslušnost: .....

Adresa, PSČ: .....

Telefon: .....

Zaměstnavatel (název, adresa, PSČ):

.....  
.....

Pracovní zařazení: .....

Plátce (pokud je jiný, než žadatel) :

Jméno a příjmení: .....

Název instituce, IČO: .....

Adresa : .....

Telefon: .....

V ..... dne : .....

.....  
*podpis žadatele*