



## Přihláška

### Akreditovaný kvalifikační kurz Kuchař/kuchařka pokrmů dietního stravování

| Osobní údaje   |  |                            |  |
|----------------|--|----------------------------|--|
| Příjmení       |  | Datum narození             |  |
| Jméno          |  | Místo narození             |  |
| Titul          |  | Telefon                    |  |
| Rodné příjmení |  | E-mail                     |  |
| Číslo OP       |  | Nejvyšší dosažené vzdělání |  |
| Rodné číslo    |  |                            |  |

| Adresa trvalého pobytu |  |       |  |
|------------------------|--|-------|--|
| Ulice                  |  | ČP/ČO |  |
| Obec                   |  | PSČ   |  |

| Adresa pro doručování písemností (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu) |  |       |  |
|---|--|-------|--|
| Ulice   |  | ČP/ČO |  |
| Obec  |  | PSČ   |  |

| Zaměstnavatel        |  |
|----------------------|--|
| Název organizace, IČ |  |
| Sídlo                |  |
| Pracovní zařazení    |  |

Účastnický poplatek uhradte, prosím, na účet Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické, Ostrava, příspěvkové organizace:

částka: **12 700,- Kč**  
číslo účtu: **71633761/0100**  
variabilní symbol: **324508**  
specifický symbol: **datum narození ve tvaru DDMMRR**

Do zprávy pro příjemce uveďte jméno a příjmení účastníka.

Datum:

Podpis: