

N Á V R A T K A

Registrace na akreditované odborné vzdělávání „NEODKLADNÁ RESUSCITACE A URGENTNÍ STAVY“ Brno, Hotel Myslivna, Nad Pisárkami 1.

Datum: _____

OBJEDNAVATEL (údaje osoby nebo firmy na kterou bude vystavena faktura, **NUTNO VYPLNIT VŠECHNY ÚDAJE**)

Název firmy (nebo jméno a příjmení)	Adresa	Telefonní číslo	IČO (pouze podnikatel)	DIČ (pouze podnikatel)

ÚDAJE ÚČASTNÍKŮ (**NUTNO VYPLNIT VŠECHNY ÚDAJE**)

Titul	Jméno	Příjmení	Titul za jménem	Datum narození	Místo narození	Evidenční číslo

podpis objednavatele

Přihlášení na akci: registrací na **www.rzpcz.cz**
nebo zasláním návratky na adresu: OS ČLK Brno, Příkop 4, Brno 602 00