



Prešovská univerzita
Fakulta zdravotníckych odborov
ul. Partizánska 1, 080 01 Prešov

PRIHLÁŠKA
na študijný program sústavného vzdelávania
zdravotníckych pracovníkov
NEODKLADNÁ PODPORA ŽIVOTNÝCH FUNKCIÍ

Meno, priezvisko, titul:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo, PSČ):

.....

e-mail: tel:

Pracovisko:

Pracovná pozícia:

Fakturácia na firmu:

Názov spoločnosti:

Sídlo spoločnosti:

IČO: DIČ.....

IČ DPH IBAN:

Registrácia v komore:

- Slovenská komora zubných lekárov
- Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov
- Slovenská komora zubných technikov
- Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Registračné číslo:

Zdravotnícke povolanie:

- zubný lekár
- dentálny hygienik
- sestra
- praktická sestra
- zubný asistent
- zubný technik

Kurzu sa zúčastní dňa (vybraný termín označte):

- 1.termín 4.10.2024 o 13:00 hod.
- 2.termín 9.10.2024 o 9:00 hod.

Údaje k platbe:

IBAN: SK11 8180 0000 0070 0008 2677

VS: 351080

Do správy pre príjemcu uveďte meno účastníka.

Prihlášky môžete poselať e-mailom office@kkdent.sk alebo poštou na adresu spoločnosti:
KK Dent, s.r.o., Pod Táborom 2801/29, 080 01 Prešov.

Súhlasím so spracovaním osobných údajov v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. Z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré boli získané výhradne pre účely zabezpečenia kurzu, najmä pre potreby zákonom stanovenej evidencie a pre potreby vystavenia potvrdenia o absolvovaní kurzu a potvrdenia o získaní kreditov v rámci systému vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Vaše údaje nebudú použité na žiadny iný účel a nebudú sprístupnené žiadnym iným osobám. Pokiaľ sa na kurze nezúčastníte, Vaše osobné údaje nebudú evidované.

Vdňa

Podpis