

Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w Kursie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy

Zgłaszam chęć uczestnictwa w Kursie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy organizowanym
przez Szpital Średzki Serca Jezusowego Sp. z o.o.

Imię i nazwisko

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania

Adres mailowy

Telefon kontaktowy



SZPITAL
ŚREDZKI
SERCA JEZUSOWEGO

- ✓ Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- ✓ Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie i mój stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w prowadzonych zajęciach.
- ✓ Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Data i miejscowość

.....

Podpis uczestnika kursu

.....