Obrázok, na ktorom je čierny, temnota

Obsah vygenerovaný umelou inteligenciou môže byť nesprávny.**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): ...................................................................................

..........................................................................................................................................................

Pracovisko: ........................................................................................................................................

Pracovná pozícia: ........................................................... Registračné číslo komory: ...................

e-mail: .......................................... tel.: ..............................

Zdravotnícke povolanie:

* lekár □ zubný lekár □ farmaceut
* sestra □ pôrodná asistentka □ fyzioterapeut
* verejný zdravotník □ zdravotnícky laborant □ nutričný terapeut
* dentálna hygienička □ rádiologický technik □ zdravotnícky záchranár
* zubný technik □ laboratórny diagnostik □ fyzik
* optometrista □ farmaceutický laborant □ masér
* očný optik □ ortopedický technik □ praktická sestra
* sanitár □ psychológ □ logopéd
* liečebný pedagóg □ technik pre zdravotnícke pomôcky

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.

V Prešove, dňa ...........................

Podpis

**Žiadam vystaviť faktúru k platbe:**  Áno  Nie

**V prípade záujmu o vystavenie daňového dokladu – faktúry**, prosím uveďte:

* Názov spoločnosti
* Sídlo spoločnosti
* IČO
* DIČ
* IČ DPH
* IBAN

**Faktúru je možné vystaviť do 15 dní od prijatia platby na účet fakulty.**