**Prešovská univerzita**

**Fakulta zdravotníckych odborov**

Ul. Partizánska 1, 080 01 Prešov

 Evidenčné číslo: ............................

***Prihláška na kurz prvej pomoci***

 **Uveďte názov kurzu PP, na ktorý sa prihlasujete:** ...........................................................................................

 **Titul. Meno Priezvisko:** ...........................................................................................................................

 **Dátum narodenia:** ..................................................................................................................................

 **Miesto narodenia:** ...............................................................................................................................................

 **Adresa trvalého pobytu alebo prechodného pobytu:** ...............................................................................

 **Telefónne číslo/ e-mail:**  ...............................................................................................................

 **Zamestnávateľ:** ......................................................................................................................................

***Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v prihláške sú pravdivé a súhlasím so spracovaním nevyhnutných osobných údajov pre potreby organizátora kurzu (v súlade so zákonom č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov). Súhlas so spracovaním osobných údajov (podľa  Všeobecného nariadenia o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov – GDPR na druhej strane tohto listu).***

 **Dátum:** ................................................................................

 ***vlastnoručný* *podpis***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Prihláška na vykonanie skúšky z prvej pomoci.***

Prihlasujem sa na skúšku z poskytovania prvej pomoci**.**

**Kurz som absolvoval/ -a, dátum:** Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove, dňa ........................................

**Vyhlasujem, že údaje uvedené v prihláške sú pravdivé.**

**Dátum:** ................................... .....................................................

 **vlastnoručný 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.**