

Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy

Zgłaszam chęć uczestnictwa w kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy organizowanym przez Biuro Kadr Medycznym (www.biurokadrmed.pl)

Imię i nazwisko:

Numer pesel:

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

Miasto zamieszkania:

Organizacja/jednostka:
wspierająca PSRM

Adres mailowy:

Telefon kontaktowy:

- ✓ 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.

Podpis uczestnika kursu:

Data i miejscowość: