

ZGŁOSZENIE NA KURS KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY



Imię i nazwisko kandydata:.....

PESEL kandydata:.....

Numer telefonu kontaktowego:.....

Adres e-mail do wysłania potwierdzenia i dokumentu płatności:.....

Rodzaj kursu*: KURS PEŁNY / RECERTYFIKACJA

(w przypadku recertyfikacji należy wraz ze zgłoszeniem przesłać skan świadectwa ukończenia poprzedniego kursu lub recertyfikacji)

Rodzaj potwierdzenia zapłaty*: PARAGON / FAKTURA

(w przypadku faktury należy uzupełnić poniższe dane)

Dane do faktury:

NAZWA:

Adres:

NIP:

Opłatę za kurs należy uiścić na rachunek bankowy FIREMED o numerze:

93 1050 1403 1000 0090 7540 7693

Odbiorca: FIREMED

Tytułem: opłata za kurs KPP, Imię i Nazwisko kandydata

.....
Podpis kandydata

*niepotrzebne skreślić