**Z Á V Ä Z N Á P R I H L Á Š K A**

**Workshop Ramenný pletenec**

**Meno a priezvisko:**

**Dátum narodenia:**

**Adresa trvalého pobytu:**

**Telefón:**

**E-mail:**

**Povolanie:**

**Kurz SD Basic Med som absolvoval v roku:**

**Dátum: Podpis:**

**Záväznú prihlášku posielajte poštou na adresu Fynamed plus s. r. o., Poľná 27, 974 05 Banská Bystrica alebo e-mailom na info@fynamed.sk.**

Po doručení záväznej prihlášky Vám bude zaslaná zmluva vrátane pokynov k platbe. V prípade ak Vám hradí kurz zamestnávateľ (resp. sponzor) alebo si prajete vystaviť faktúru na právnickú osobu, prosíme uviesť obchodné meno, sídlo spoločnosti, IČO a DIČ