**Žádost o školení/kurz první pomoci**

# Objednatel/Fakturační adresa:

Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje, p. o.

**Bc. Dana Syslová**

referent vzdělávacího a výcvikového střediska Peroutkovo nábřeží 434

760 01 Zlín

|  |
| --- |
| **Název/firma/jméno:** |
| **Sídlo/bydliště:** |
| **IČ:** |
| **DIČ:** |
| **Číslo účtu:** |
| **Kontaktní osoba:** |
| **Telefon:** | **E-mail:** |

# Požadavky:

|  |
| --- |
| **Datum konání:** |
| **Počet osob:**  |
| **Typ školení/kurzu:**  |
| **Další sdělení, požadavky, poznámky:** |

Ve............................, dne.......................

Po obdržení žádosti Vás budeme kontaktovat.