**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.