**HRVATSKI CRVENI KRIŽ**

**GRADSKO DRUŠTVO CRVENOG KRIŽA LABIN**

**KATURI 17, LABIN**

**OIB 94376764080**

**P R I J A V N I C A**

**Za tečaj iz predmeta „Pružanje prve pomoći osobama ozlijeđenim na radu“**

Podaci o prijavljenom djelatniku:

PREZIME I IME: Click here to enter text.

DATUM, MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: Click here to enter text.

OIB: Click here to enter text.

ADRESA STANOVANJA: Click here to enter text.

KONTAKT TELEFON: Click here to enter text.

Podaci o poslodavcu:

FIRMA: Click here to enter text.

OIB: Click here to enter text.

ADRESA: Click here to enter text.

KONTAKT TELEFON: Click here to enter text.

DATUM PRIJAVE: Click here to enter a date.

M.P. Potpis odgovorne osobe

Prijavnicu molimo faksirati na 855-585, ili skeniranu poslati na gdcklabin@gmail.com