

HRVATSKI CRVENI KRIŽ
GDCK LABIN
KATURI 17, Labin
OIB 94376764080

Ispuniti čitko,
tiskanim slovima!

P R I J A V N I C A

za tečaj iz predmeta pružanje prve pomoći osobama ozlijeđenim na radu

Prezime i ime: _____

Imena roditelja: _____

OIB: _____

Datum, mjesto i općina rođenja: _____

Adresa boravišta: _____

(ulica i kućni broj)

(mjesto)

Broj telefona/mobitela: _____

Kandidat sam za pohađanje tečaja iz predmeta pružanje prve pomoći osobama ozlijeđenim na radu kao zaposlenik poduzeća _____ u

_____.

OIB i adresa poduzeća _____

Broj telefona/faxa _____

Potpis kandidata:

U _____ dana _____ 20____.

Ovjera odgovorne osobe:

M.P.

Potpis odgovorne osobe:
