

Závazná přihláška do tříletého kvalifikačního kurzu České agentury pro standardizaci

NAŘÍZENÍ EU 2017/745 O ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDCÍCH

Obchodní název společnosti	
Adresa sídla	
IČ	
Bankovní spojení (číslo účtu)	
Kontakt na zasílání faktur (e-mail a telefon)	
Jméno a příjmení účastníka kurzu	
Pracovní pozice účastníka	
Kontaktní údaje účastníka kurzu (e-mail a telefon)	
Kontaktní údaje členů nejvyššího managementu (e-mail a telefon)	

Jménem výše uvedené společnosti (dále jen „Objednatele“) závazně objednávám účast ve výše uvedeném kurzu.

- Potvrzuji, že souhlasím s obchodními podmínkami a pravidly účasti obsaženými v příložené nabídce.
- Potvrzuji, že účastník kurzu je schopen se účastnit výuky i v anglickém jazyce.

Za Objednatele vyplnil (jméno, příjmení, pozice):