**(donja polja, molimo obavezno popuniti)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prezime i ime polaznika  (ime roditelja) | | |  | | | |
| Datum, mjesto  i država rođenja: | | |  | | | |
| OIB Polaznika / broj  putne isprave za strance | | |  | | | |
| Stupanj školske spreme | | |  | | | |
| Naziv radnog mjesta | | |  | | | |
| Naziv i adresa platitelja tečaja  (naziv obrta, ime i prezime nositelja obrta ili naziv trgovačkog društva) | | |  | | | |
| OIB uplatitelja tečaja | | |  | | | |
|  | | |  | |  | |
| **Prijava za pohađanje teorijske nastave (polaznici koji prvi puta pohađaju tečaj)** | | | | **Prijava za provjeru znanja**  **(polaznici koji su već prije polagali ispit)** | | |
| **Datum predavanja** za koji se polaznik prijavljuje |  | | | **Datum ispita** za koji se polaznik prijavljuje | |  |
|  | | | | | | |
| Kontakt telefon polaznika | |  | | | | |
| Mjesto i datum | |  | | | | |
| Vlastoručni potpis polaznika | |  | | | | |

Popunjavanjem prijavnice za tečaj dajete privolu da se Vaši osobni podaci koriste isključivo u svrhu pohađanja tečaja, a u skladu s važećim primjenjivim propisima iz područja zdravstva te Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka. Hrvatski zavod za javno zdravstvo jamči svakom polazniku da će njegovi osobni podaci biti adekvatno zaštićeni od pristupa neovlaštenih osoba te pohranjeni na sigurno mjesto i čuvani u skladu s uvjetima i rokovima previđenim Pravilnikom o zaštiti i obradi arhivskog i registraturnog gradiva.

Odlukom Ministarstva zdravstva, klasa: 540-01/18-01/01, Ur broj: 534-07-12/2-19-4**, cijena tečaja po polazniku / tečaju (sa uračunatim PDV-om) iznosi za:**

**prvo pohađanje tečaja: 330,00 kuna;**

**svako iduće pohađanje: 165,00 kuna.**

Tečaj se plaća UNAPRIJED, uplatom na broj: HR1923600001101244229; model 00, poziv na broj: OBAVEZNO UPISATI

OIB PLATITELJA.

Dokaz o izvršenoj uplati za prošireni program OBAVEZNO donijeti na početak Tečaja, a za osnovni program na ispit.

Po završetku tečaja izdat će se račun za pruženu uslugu.

**Popunjava Hrvatski zavod za javno zdravstvo – Služba za zdravstvenu ekologiju**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum zaprimanja prijave u Zavodu: |  |
| Broj evidencije Zavoda: | **/2019** |