



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ZADAR

Kolovare 2, 23 000 Zadar, tel: (023) 300-830, fax: (023) 211-072, MBS: 03402002, žiro račun: 2390001-1100340019
OIB: 30765863795, www.zjz-zadar.hr

NARUDŽBENICA—PRIJAVNICA ZA TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA

PROŠIRENI PROGRAM

Polažu sve osobe koje su završile odgovarajuću školu trgovačkog ili ugostiteljskog usmjerenja, po proteku dvije godine od završetka školovanja, te sve ostale osobe koje su već polagale higijenski minimum po osnovnom programu

prezime	očevo ime	ime polaznika tečaja
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
datum rođenja	mjesto rođenja	država rođenja
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OIB	naziv tijela državne uprave koji ju je izdao	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
podaci o školskoj spremi i zvanju	trenutno zanimanje	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ime firme	OIB poslodavca	točna adresa firme
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mjesto i adresa stanovanja		telefon za kontakt
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Način plaćanja (zaokružiti)

Cijena tečaja: 350 kn + PDV

- | | |
|---|-------------------------------------|
| A | <input type="checkbox"/> gotovinski |
| B | <input type="checkbox"/> virmanom |

Ako se usluga plaća virmanom, ovjeriti pečatom naručitelja koji snosi trošak!

Telefon za sve informacije: (023) 300-838 ili (023)300-839

Pod materijalnom i moralnom odgovornošću potpisom potvrđujem da su podaci koje sam dao-la istiniti.

Datum: _____

Naručitelj:

Potpis

MOLIMO POPUNJAVATI TISKANIM SLOVIMA