

FITNES ZVEZA SLOVENIJE



PRIJAVNICA - Prehranski svetovalec FZS

Podatki o kandidatu

IME IN PRIIMEK: _____ SPOL: M Ž

HIŠNA ŠTEVILKA IN ULICA: _____

POŠTNA ŠTEVILKA IN KRAJ: I _ I _ I _ I _ I _____

DATUM ROJSTVA _____ KRAJ ROJSTVA _____

TELEFON ali GSM: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I E-POŠTA _____

STOPNJA IZOBRAZBE: I. II. III. IV. V. VI. VII. VIII. IX.

PRIDOBLJENA USPOSOBLJENOST (v kolikor jo imate): _____

Podatki o plačniku stroškov usposabljanja (izpolnite le v primeru če plačnik ni kandidat):

NAZIV / IME: _____

SEDEŽ / NASLOV: _____

POŠTNA ŠTEVILKA IN KRAJ: I _ I _ I _ I _ I _____

DAVČNA ŠTEVILKA: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I DAVČNI ZAVEZANEC DA NE

TELEFON: _____ TELEFAKS: _____ E-POŠTA _____

Datum prijave: _____

Kandidat s svojim podpisom dovoljuje uporabo, hrambo in posredovanje podatkov s tega obrazca za potrebe organizatorja tečaja.

Podpis kandidata:

Podpis (in žig) plačnika:
