

	ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO VARAŽDINSKE ŽUPANIJE	PRIJAVNICA ZA TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA	Oznaka dokumenta: OB-JZ-42	
	DJELATNOST ZA PROMICANJE ZDRAVLJA I JAVNOZDRAVSTVENU MEDICINU		Izdanje: 1	Strana/stranica: 1/2

PRIJAVNICA ZA TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA

(donja polja, molimo obavezno popuniti)

Podaci o poslodavcu (uplatitelju tečaja)

Naziv platitelja (naziv obrta, ime i prezime nositelja obrta ili naziv	
Adresa platitelja:	
Vlasnik:	
OIB:	
IBAN	
Kontakt osoba:	
Telefon / Mobitel:	
e-mail:	
Objekt je pod NADZOROM (molimo označiti vrstu nadzora sa X)	
Sanitarne inspekcije	Veterinarske inspekcije

Popunjavanjem prijavnice za tečaj dajete privolu da se Vaši osobni podaci koriste isključivo u svrhu pohađanja tečaja. Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije 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

Datum prijave: _____



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
VARAŽDINSKE
ŽUPANIJE

DJELATNOST ZA PROMICANJE
ZDRAVLJA I JAVNOZDRAVSTVENU
MEDICINU

PRIJAVNICA ZA TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA

Oznaka dokumenta: OB-JZ-42

Izdanje:1

Strana/stranica:	2/2
------------------	-----

Obavezno popuniti sva polja, u polje Program upišite O-za osnovni ili P- za prošireni program

[illegible]