

## Заявка за обучение по БЗР / първа долекарска помощ

Обученията се провеждат в наши зали или на място при клиента.

### ДАНИИ ЗА ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ

Фирма / организация	
ЕИК	
Адрес за кореспонденция	
Лице за контакт, длъжност	
Телефон / имейл	

### ВИД ОБУЧЕНИЕ

- Длъжностни лица по БЗР  Първа долекарска помощ  
 Представители в КУТ / ГУТ  Друго (посочете в забележките)

### ОРГАНИЗАЦИЯ

Брой участници	
Предпочитано място	<input type="checkbox"/> зала на Си Ди Консулт <input type="checkbox"/> на място при клиента
Предпочитан период	

### ЗАБЕЛЕЖКИ

--

---

Дата

---

Име и длъжност

---

Подпис и печат

