**ZÁVAZNÁPŘIHLÁŠKA**

**Pořadatel: Asociace poraden pro osoby se zdravotním postižením ČR, Karlínské náměstí č. 12, 186 00 Praha 8 – Karlín, IČ:  26603233**

Specifika odborného poradenství pro osoby se zdravotním postižením (16 hod.)

**7. 10. – 9. 10. 2016**

**Příjmení, jméno, titul účastníka:**

**Datum narození (pro vydání osvědčení):**

**Místo narození:**

**Telefon/mobil:**

**E-mail:**

**Způsob platby:**

1. **Ze soukromého účtu**
2. **Z účtu zaměstnavatele.**V případě, že kurz platí zaměstnavatel, prohlašuje účastník svým přihlášením, že s účastí na kurzu a jeho platbou souhlasí osoba k tomu v organizaci určená.

Na základě výše uvedených údajů Vám budevystavenafaktura, kterou zašleme na uvedenou adresu plátce. Současně zašleme podrobné organizační pokyny pro účastníky.

**Údaje pro vystavení faktury:**

Název plátce:

Adresa plátce včetně PSČ:

IČ:

Případný text na fakturu:

**Sleva účastnického poplatku:**

Při platbě účastnického poplatku uplatňujeme slevu:ANO-NE

Z důvodu členství v APZP.

**Specifické požadavky účastníka:**

**Náměty a doporučení pro organizátory kurzu:**

Souhlasím s tím, aby údaje o mé osobě uvedené v této přihlášce byly využity pro potřeby pořadatele kurzu ve smyslu zákona č. 177/2001 Sb. tj.pro účely přípravy realizace vzdělávacích kurzů.

Vyplněním přihlášky považuji svoji účast na zvolené vzdělávací akci za závaznou.

Datum:

Za správnost vyplnění (jméno ):

Vyplněnou přihlášku zašlete co nejdříve na adresu Asociace poraden pro osoby se zdravotním postižením ČR, Karlínské náměstí č. 12, 186 00 Praha 8 nebo e-mailem na adresu: **kancelar@apzp.cz**