**PRIHLÁŠKA**

(na študijný program sústavného vzdelávania)

**Tréning komunikačných zručností v práci zdravotníckeho pracovníka**

|  |
| --- |
| Modul č.: |
| Termín konania: Miesto konania: |
| Evidenčné číslo (pridelí organizátor): |
| **Účastník vzdelávacej aktivity:** |
| Titul, meno, priezvisko: |
| Dátum narodenia: Štátne občianstvo: |
| Trvalý pobyt: |
| Email: Tel.: |
| Pracovná pozícia: |
| Pracovné zaradenie: |

Dátum:..................................................................Podpis.........................................................

Prihlásenie:

Email: [tréningy@mediatorka-nitra.sk](mailto:tréningy@mediatorka-nitra.sk) alebo telefonicky: 0910 842 900 (koordinátor)