



REGISTRAČNÍ KARTA DOBROVOLNÍKA

Jméno a příjmení:

Číslo smlouvy:

Datum narození:

RČ:

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Počátek činnosti: | Ukončení činnosti: |
| Přerušování činnosti: | |

Kontaktní údaje: *(Kontaktní adresa, aktivně užívaný e-mail)*

| | | |
|----------|--------------|-----|
| město | Ulice a č.p. | PSČ |
| Telefon: | | |
| E-mail: | | |

Typ činnosti v nemocnici:

Oddělení:

Výpis z trestního rejstříku dodán dne:

Souhlasím s použitím mých osobních údajů v souvislosti s pojištěním a statistickým zpracováním dat, na dobu neurčitou, bez omezení rozsahu ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Datum a podpis dobrovolníka: