



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.	PSC
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. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů.

Datum a podpis dobrovolníka: