



WIELKOPOLSKI INSTYTUT KSZTAŁCENIA PRZEDMEDYCZNEGO

ul. Szmaragdowa 8, 62-020 Swarzędz
tel. +48 515 400 001 / +48 515 400 002
e-mail: biuro@paab.pl
www.paab.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Szkolenie z pierwszej pomocy przedmedycznej dla FIRM

Nazwa firmy	(pełna nazwa firmy)
Adres firmy	(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu - mieszkania)
NIP firmy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Miejsce szkolenia	
Imię i nazwisko zamawiającego	

Charakterystyka firmy i typ szkolenia*	Łączna ilość szkolonych	Data szkolenia godzina

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis zamawiającego i pieczęć firmowa)

***Charakterystyka firmy**

Opisz krótko specyfikę zakładu pracy – ogólnie czym się zajmuje. Pozwoli nam to opracować program szkolenia specjalnie na potrzeby Państwa firmy. Zawsze odnosimy się do występujących zagrożeń oraz przepisów BHP w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

***Typ szkolenia**

1. PIERWSZE SZKOLENIE
2. SZKOLENIE PRZYPOMINAJĄCE
3. SZKOLENIE ODNAWIAJĄCE

Uwaga wszystkie pola należy wypełnić drukowanymi literami!

**Załącznik nr
do formularza zgłoszenia**

Dane szkolonych

Data i godzina szkolenia

Lp.	Imię i NAZWISKO	Data urodzenia i miejsce dzień / m-c / rok	Województwo urodzenia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			