

Přihláška do ZÁKLADNÍHO KURZU OBSLUH MOTOROVÝCH PIL a KŘOVINOŘEZU

Jméno :

Příjmení :

Datum narození :

Firma :

Číslo občanského průkazu :

Telefon :

Email :

Podpis uchazeče

Lékařské potvrzení

Prosíme o lékařské potvrzení zda je výše uveden schopen k výkonu prací s

☐ motorovou pilou.

☐ křovinořezem

Podvrďte křížkem

Potvrzení žádáme za účelem základního kurzu

Datum:.....

.....

Razítko a podpis lékaře