



WIELKOPOLSKI INSTYTUT KSZTAŁCENIA PRZEDMEDYCZNEGO
NIEPUBLICZNA PLACÓWKA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
ul. Szmaragdowa 8, 62-020 Swarzędz
tel. +48 515 400 001
e-mail: biuro@paab.pl
www.paab.pl

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DLA FIRM

Kurs pierwszej pomocy przedmedycznej

Dane zamawiającego do wystawienia faktury	(pełna nazwa firmy, kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer.)
NIP firmy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Miejsce kursu	
Imię i nazwisko zamawiającego	
Charakterystykę firmy*	
Uzgodniona cena usługi	

Typ kursu	Łączna ilość kursantów	Daty i godziny kursów

.....
(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 kursu

- | | | |
|------------------------------|-----------|--|
| 1. INSTRUKTAŻ PODSTAWOWY | (FAW-IP) | - (szkolenie okresowe) |
| 2. KURS PODSTAWOWY | (FAW-KP) | - (zerowe w pierwszym roku) |
| 3. KURS PRZYPOMINAJĄCY | (FAW-KPA) | - (po roku i po dwóch latach) |
| 4. KURS ODNAWIAJĄCY | (FAW-KO) | - (po trzech latach od pierwszego kursu) |
| 5. KOMPLETNY KURS RATOWNICZY | (KKR) | - (w pierwszym roku) |
| | (KKP) | - (przypomnienie po 1 roku), |
| | (KKP) | - (odnowienie po 2 latach) |

UWAGA wszystkie pola należy wypełnić drukowanymi literami!