



HRVATSKI CRVENI KRIŽ

GRADSKO DRUŠTVO CRVENOG KRIŽA KRAPINA

Frana Galovića 7d
HR 49000 KRAPINA
Telefon: ++385 49/371-141
Faks: ++385 49/371-103

U službi humanosti od 1885. godine.

PODUZEĆE: _____
(PUNI NAZIV, ADRESA I OIB)

PRIJAVA DJELATNIKA ZA TEČAJ OŽIVLJAVANJA UZ UPOTREBU AUTOMATSKOG VANJSKOG DEFIBRILATORA

PREZIME I IME DJELATNIKA: _____

IME OCA: _____

DAN, MJESEC, GODINA ROĐENJA: _____

MJESTO ROĐENJA: _____

ADRESA: _____

MJESTO I POŠTANSKI BROJ: _____

OIB: _____

ZANIMANJE: _____

NA RADNOM MJESTU: _____

TELEFON ILI MOBITEL ZA KONTAKT: _____