

Kontaktní formulář – školení BOZP (nezávazná poptávka)

Název firmy :

IČ: DIČ:

Sídlo:
(ulice, čp., město, PSČ)

Zastoupen:
(jméno a příjmení)

Telefon: e-mail:

Členství ŽKČOO (ano/ne):

Počet zaměstnanců:

Datum:

Podepsáním souhlasím, aby ŽKČOO zpracovalo moje data pro účely a potřebné výhradně pro výše uvedené účely. ŽKČOO prohlašuje, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., jmenovitě s § 11, použije osobní údaje obsažené v tomto formuláři pouze ke stanovenému účelu a nebude je předávat třetím osobám.

Tento formulář je možné zaslat poštou na adresu: Živnostenská komora českých očních optiků, Ledenická 650/6 České Budějovice, 370 06, nebo na e-mail: zkcoo@zkcoo.cz.