

**ZIRS****ZAVOD ZA ISTRAŽIVANJE I RAZVOJ SIGURNOSTI d.o.o.**  
**Ulica grada Vukovara 68, p.p. 912, 10001 ZAGREB**

Telefon: +385 1 611 98 75

Faks: +385 1 611 98 12

E-mail: obrazovanje@zirs.hr

**PRIJAVNICA/NARUDŽBENICA**

za seminar (označite odabrani seminar znakom X)

<input type="checkbox"/>	<b>Osposobljavanje poslodavaca i ovlaštenika iz područja zaštite na radu</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Osposobljavanje povjerenika</b>
<input type="checkbox"/>	Osposobljavanje za <b>utvrđivanje alkoholiziranih</b> radnika pri radu
<input type="checkbox"/>	Osposobljavanje osoba za <b>pružanje prve pomoći</b>
<input type="checkbox"/>	Osposobljavanje za <b>utvrđivanje prisutnosti štetnih plinova i para u zatvorenim prostorima</b>
<input type="checkbox"/>	Radionica <b>“Prevenција stresa na radu - provedba”</b>

Prijavljujemo:

1. \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_  
(ime i prezime polaznika) (osobni identifikacijski broj polaznika)

2. \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_  
(ime i prezime polaznika) (osobni identifikacijski broj polaznika)

3. \_\_\_\_\_ OIB \_\_\_\_\_  
(ime i prezime polaznika) (osobni identifikacijski broj polaznika)

iz tvrtke \_\_\_\_\_  
(naziv tvrtke)adresa tvrtke \_\_\_\_\_  
(ulica i broj)      \_\_\_\_\_  
(mjesto)OIB \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
(osobni identifikacijski broj tvrtke)Termin održavanja od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(datum) (datum)Osoba za kontakt \_\_\_\_\_  
(ime i prezime, telefon/faks, e-mail)**Korištenjem ove forme slažete se da ista prikuplja upisane podatke koje ZIRS d.o.o. koristi kako bi s vama mogao ostvariti kvalitetnu korespondenciju. Vaši podaci neće biti korišteni u druge svrhe.** Slažem se (označite znakom X ako se slažete)**Uplatu izvršiti na IBAN broj: HR2224020061100048308,  
a prijavnicu poslati e-mailom, poštom ili faksom.****U slučaju spriječenosti polaznika molimo da nas o tome obavijestite 2 dana prije početka seminara.**\_\_\_\_\_  
(potpis i žig)