

POTVRDENIE UCHÁDZAČA O DUÁLNE VZDELÁVANIE CHIRANA T. Injecta, a.s.

Vyplní žiak/žiačka a zákonný zástupca

Meno, priezvisko uchádzača:

Dátum narodenia uchádzača:

Názov a adresa ZŠ:

Meno, priezvisko zákonného zástupcu uchádzača:

Ulica, číslo domu:

Mesto, PSČ:

Telefónne číslo:

E-mail:

Napište dôvod záujmu o duálne vzdelávanie:

CHIRANA T. Injecta, a.s.
Nám. Dr. Schweitzera 194
916 01 Stará Turá

tel.: +421 32 7709 910
e-mail: jana_chovancova@t-injecta.sk
web: www.t-injecta.sk