Wnioskodawca

………………………… …………………………….

………………………… Miejscowość i data

**Informacje o kursie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa podmiotu**  |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Ulica/numer budynku/lokalu/mieszkania |  |
|  | NIP podmiotu |  |
|  | Telefon |  |
|  | Fax |  |
|  | E-mail |  |
|  | www. |  |
| **2.** | **Kierownik podmiotu prowadzącego kurs** |  |
| **3.** | **Kierownik merytoryczny kursu** |  |
|  | Kwalifikacje zawodowe  |  |
| **4.** | **Termin kursu**  |  |
| **5.** | **Miejsce kursu** (adres) |  |
| **6.** | **Termin i miejsce egzaminu** |  |
| **7.** | **Skład komisji egzaminacyjnej** |  |
| **8.** | **Osoby wchodzące w skład kadry dydaktycznej** |  |
| **9.** | **Liczba uczestników kursu** |  |
| **10.** | **Liczba grup ćwiczeniowych (max. 6 osób na 1 nauczyciela)** |  |
| **11.** | **Baza dydaktyczna** (dostosowana do liczby osób uczestniczących w kursie) |  |
| **12.** | **Baza lokalowa** |  |
|  | Sala wykładowa (tak/nie) |  |
|  | Sala seminaryjna (tak/nie) |  |
|  | Sala ćwiczeniowa (tak/nie) |  ……. szt. |

podpis osoby uprawnionej

…………………………………

…………………………………