

# ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA KE ZKOUŠCE

pro SVOPAP s.r.o., U Mrázovky 1950/16, 150 00, Praha 5 - Smíchov

---

Přihlašuji se závazně na přípravný kurz

**CHOVATEL ZVÍŘAT V ZOO** kód kurzu : 11222

zakončený zkouškou z profesní kvalifikace:

Název profesní kvalifikace (kód): .....

Cena:  **25 500 Kč** pro zaměstnanec ZOO/záchrané stanice a podobné organizace\*

Název organizace: .....

**29 500 Kč** pro veřejnost\*

(\*zaškrtněte odpovídající pole)

Příjmení: ..... Jméno: ..... Titul: .....

Datum narození: ..... Místo narození: .....

Kontaktní adresa: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

Fakturační adresa: .....

IČ, DIČ: ..... (uvedte pouze v případě, požadujete-li daňový doklad)

**PODMÍNKY:** v případě zrušení závazné přihlášky ze strany účastníka se účtují následující stornopoplatky: 30 a více dnů před termínem – bez poplatku, 29 až 14 dnů před termínem – 50% z ceny zkoušky, 13 až 5 dnů před termínem – 80% z ceny zkoušky, 4 dny před termínem nebo později – 100% ceny.

SOUČÁSTÍ přihlášky je **kopie dokladu o zaplacení + lékařské potvrzení** o zdravotní způsobilosti včetně práce se zvířaty (na vyžádání u praktického lékaře – formulář ke stažení). Zájemci budou zařazeni do kurzu až po doručení závazné přihlášky a všech souvisejících dokumentů (lékařské potvrzení, registrační formulář). V průběhu zkoušky může být pořízena foto a video dokumentace, která je výlučným vlastnictvím společnosti SVOPAP s.r.o. a může být použita k výukovým prezentacím a propagaci společnosti.

Souhlasím s výše uvedenými podmínkami.

**Souhlasím** se zasíláním informačních e-mailů o novinkách a dalších aktivitách SVOPAP s.r.o.

V ..... dne.....

.....  
podpis

---

## Způsob platby

**převodem na účet – nepřijímáme hotovost**

**Číslo účtu:** **153517473 / 0600**

**Variabilní symbol:** **kód kurzu + kód PK bez pomlček, písmen a mezer (např. 1122241048)**

**Specifický symbol:** **Datum narození nebo Rodné číslo**

**Adresa majitele účtu:** SVOPAP s.r.o., U Mrázovky 1950/16, 150 00, Praha 5

**Název a sídlo banky:** Moneta MB a.s., BB Centrum, Vyskočilova 1422/1a, 140 28, Praha 4

# REGISTRAČNÍ FORMULÁŘ SVOPAP S.R.O.



Název kurzu: ..... Kód kurzu: .....

Profesní kvalifikace (kód): .....

Příjmení: ..... Jméno: ..... Titul: .....

Datum narození: ..... Místo narození: .....

Kontaktní adresa: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

## Potvrzení způsobilosti:

Potvrzuji, že jsem dostatečně psychicky a fyzicky způsobilý/á k účasti ve vzdělávacím kurzu společnosti SVOPAP s.r.o. Svým podpisem stvrzuji, že jsem dostatečně informovaný o průběhu akce. Jsem si plně vědom/a toho, že se akce účastním na vlastní riziko a organizátoři nenesou žádnou zodpovědnost za chování účastníků. Uvědomuji si, že se jedná o fyzicky i psychicky náročnou akci, při které může vzniknout nebezpečí úrazu.

## Prohlášení o bezinfekčnosti:

Prohlašuji, že v době zahájení kurzu nejevím známky akutního onemocnění (například horečka nebo průjem). Není mi též známo, že bych v posledních 14 kalendářních dnech před kurzem přišel/přišla do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mi není nařízeno karanténní opatření. Zároveň tímto přijímám povinnost se v případě onemocnění nebo podezření z nákazy kdykoliv z výuky omluvit a to po celou dobu konání kurzu.

## Prohlášení Covid 19:

Prohlašuji, že splňuji alespoň jeden z bodů mimořádných vládních opatření a tím jsem z hlediska Covid – 19 považován(a) za osobu bezinfekční a zároveň jsem schopen/schopna v případě kontroly tuto skutečnost kdykoliv prokázat. Současně se zavazuji, že budu sledovat aktuální informace a nařízení související s Covid 19 a budu se jimi průběžně řídit po celou dobu konání kurzu.

## Souhlas s pořizováním fotografií:

Udělují svůj souhlas k pořizování fotografií, audio a videozáznamů mé osoby během konání kurzu, včetně odborné praxe a závěrečné zkoušky a souhlasím s komerčním a nekomerčním použitím pořizovaných materiálů organizátory (SVOPAP s.r.o.) a souhlasím s nekomerčním uveřejněním pořizovaných materiálů třetí stranou, jakou může být například majitel objektu, fotograf a další. Tento souhlas udělují na dobu neurčitou a vzhledem k povaze souhlasu jej nelze odvolat.

Svým podpisem stvrzuji, že všechny zde uvedené údaje jsou pravdivé.

V ..... Dne .....

.....  
Podpis

## SVOPAP s.r.o.

U Mrázovky 1950/16, 150 00, Praha 5

[www.svopap.cz](http://www.svopap.cz), [tereza.svobodova@svopap.cz](mailto:tereza.svobodova@svopap.cz), +420721854189

# LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ



Název kurzu: ..... Kód kurzu: .....

Profesní kvalifikace (kód): .....

Příjmení: ..... Jméno: ..... Titul: .....

Datum narození: ..... Místo narození: .....

Kontaktní adresa: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

Jmenovaná/ý **JE / NENÍ\*** tělesně i duševně **způsobilá/ý** v souladu s jejím/jeho zdravotním stavem vykonávat **práci se zvířaty**. (\*nehodící se škrtněte)

Potvrzení se vydává za účelem účasti jmenované/ho na výše uvedené akci (vzdělávacím kurzu / zkoušce z profesní kvalifikace) pořádané společností SVOPAP s.r.o. se sídlem U Mrázovky 1950/16, 150 00 Praha 5.

V ..... Dne .....

.....  
Razítko a podpis lékaře

**SVOPAP s.r.o.**

U Mrázovky 1950/16, 150 00, Praha 5

[www.svopap.cz](http://www.svopap.cz), [tereza.svobodova@svopap.cz](mailto:tereza.svobodova@svopap.cz), +420721854189