ZIRS učilište
Ustanova za obrazovanje odraslih
Ulica grada Vukovara 68, p.p. 912, 10001 Zagreb

Telefon: +385 1 647 20 90
E-mail: obrazovanje@zirs.hr

CENTAR ZA OSPOSOBLJAVANJE VOZAČA
ZA STJECANJE POČETNIH KVALIFIKACIJA I PERIODIČNU IZOBRAZBU VOZAČA

PRIJAVNICA (OSOBNO) ZA

_____
(izaberite jednu od opcija iz padajućeg izbornika ili napišite)

Ja, ..., OIB ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(prezime i ime)

adresa ....., ☐☐☐☐☐ .....,
(ulica i kućni broj) (poštanski broj) (mjesto)

rođen(a) ....., u ....., državljanin(ka) .....,
(datum rođenja) (država rođenja) (državljanstvo)

prijavljujem se za _____ vozača vozila za _____
(izaberite jednu od opcija iz padajućeg izbornika ili napišite) (izaberite jednu od opcija iz padajućeg izbornika ili napišite)

koji počinje dana .....
(datum, sati)

Posjedujem vozačku dozvolu broj: .....,

izdanu od strane .....
(upisati NADLEŽNO TIJELO koje je izdalo vozačku dozvolu)

dana .....
(datum izdavanja)

E-mail adresa: .....

Broj telefona / mobitela: .....

Korištenjem ove forme slažete se da ista prikuplja upisane podatke koje ZIRS učilište 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)

.....
vlastoručni potpis

NAPOMENA: Ukoliko je potrebit PREDRAČUN za plaćanje molimo označite sa X. ☐