

**PŘIHLÁŠKA K ODBORNÉ ZKOUŠCE  
POJIŠŤOVACÍHO ZPROSTŘEDKOVATELE \*) /  
A SAMOSTATNÉHO LIKVIDÁTORA POJISTNÝCH UDÁLOSTÍ \*)\*  
PRO ZÁKLADNÍ KVALIFIKAČNÍ STUPEŇ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI  
ve smyslu zákona č. 38 / 2004 Sb.**

Jméno, příjmení, titul: .....

Rodné příjmení: .....

Datum a místo narození: .....

Státní občanství: .....

Adresa místa trvalého pobytu /u cizích státních příslušníků adresa pobytu v ČR/  
(ulice a číslo, PSČ, obec): .....

.....

Adresa pro doručování písemností, je-li odlišná od místa trvalého pobytu:  
.....  
.....

Kontakt:   - telefon : .....

              - fax : .....

              - e-mail : .....

Požadovaný termín odborné zkoušky: .....

Souhlasím s použitím uvedených osobních údajů pro účely vykonání odborné zkoušky v Kooperativě pojišťovně, a.s., Vienna Insurance Group, IČ 47116617, zapsané v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 1897.

Datum: .....                      podpis uchazeče: .....

\*) *Nehodící se škrtně*