**Žádost o exkurzi v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.**

**Žadatel**

|  |  |
| --- | --- |
| Název žadatele |  |
| Sídlo / Adresa |  |
| IČ |  |
| Kontaktní osoba |  |
| E-mail |  |
| Telefon |  |

**Požadavky na exkurzi**

|  |  |
| --- | --- |
| Termín |  |
| Časový rozsah |  Od do |
| Počet osob |  |
| Počet doprovázejících osob |  |
| Další požadavky, sdělení |  |

Po obdržení žádosti Vás budeme kontaktovat

Stanovené časy se mohou odchylovat. Změna programu je vyhrazena.