**PŘIHLÁŠKA na E X O D**

**v ČR**

**(pro jednu osobu)**

|  |
| --- |
| Název základny:  |
| Termín:  |
| Jméno a příjmení (hůlkovým písmem): |
| Číslo OP/pasu: | Rodné číslo (pojištění):  |
| Trvalé bydliště (ulice, č.d., PSČ, město):  |
|  |
| Číslo tel./mobil: | E-mail:  |

Člen OZ PŠaV na Slovensku: \*ano - \*ne

\*nehodící se škrtněte

 ........................................................................

 razítko ZO OZ PŠaV a podpis předsedu ZO

Datum: ................................................... ........................................................................

 podpis účastníka