



European Resuscitation Council

EUROPEAN PAEDIATRIC LIFE SUPPORT COURSE

APPLICATION FORM / REGISTRATION FORM

Name:.....

.....

Title:.....

Hospital:.....

Contact Address

.....

Postcode: Email.....

Home Tel No: Work Tel No:

Current Post Held:

Area of Specialty: Date of birth:.....

Signed:.....

Date:

PLEASE RETURN TO: Course Organizer

Dr. Antonis Efthymiou, Mr. Marios Georgiou

Phone No: 99 207720, 96 672237

Σημείωση: Με την παρούσα αίτηση 'βεβαιώνω ότι αναλαμβάνω την ευθύνη οποιουδήποτε τραυματισμού ή άλλου ανεπιθύμητου περιστατικού κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής μου'.

Σημειώστε εάν "Αποδέχστε να λαμβάνετε SMS στο κινητό σας τηλέφωνο για ενημέρωση σε περίπτωση περιστατικού έκτακτης ανάγκης".