



European Resuscitation Council

EUROPEAN PAEDIATRIC LIFE SUPPORT COURSE

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Όνοματεπώνυμο (λατινικούς χαρακτήρες):

.....

Ημερομηνία Γεννήσεως:

Χώρος Εργασίας:.....

Τμήμα:

Ειδικότητα:.....

Διεύθυνση επικοινωνίας:.....

.....

T.K.: Email.....

Κινητό τηλέφωνο: Τηλ. εργασίας:

Υπογραφή:.....

Ημερομηνία:

Παρακαλώ να επιστραφεί στο ΚΥ.Σ.ΑΝ

Τηλ. 96672237,

99 207720 (Δρ. Αντώνης Ευθυμίου)

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".