



European Resuscitation Council

IMMEDIATE LIFE SUPPORT COURSE

APPLICATION FORM / REGISTRATION FORM

Name:.....

.....

Title:.....

Hospital:.....

Contact Address

.....

Postcode: Email.....

Home Tel No: Work Tel No:

Current Post Held: Date of Birth.....

Area of Specialty:

Signed:.....

Date:

PLEASE RETURN TO: Course Organizer

Mr. Marios Georgiou

Phone No. 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 "Αποδέχεστε να λαμβάνετε SMS στο κινητό σας τηλέφωνο για ενημέρωση σε περίπτωση περιστατικού έκτακτης ανάγκης".