



# European Resuscitation Council

## IMMEDIATE 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: .....

Να επιστραφεί στο ΚΥ.Σ.ΑΝ

Τηλ. 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".