



European Resuscitation Council

Advanced Life Support Course

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

(Να συμπληρωθούν **ΟΛΑ** τα απαιτούμενα στοιχεία)

Όνοματεπώνυμο :

.....

Όνοματεπώνυμο με λατινικούς χαρακτήρες

.....

.....

Ημερομηνία Γεννήσεως:

.....

Χώρος Εργασίας/Ιδιότητα-Επάγγελμα:

.....

Διεύθυνση επικοινωνίας:.....

Email.....

Κινητό τηλέφωνο:

Τηλ. Εργασίας (προαιρετικό

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:

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