

EUROPEAN PAEDIATRIC LIFE SUPPORT COURSE

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Όνοματεπώνυμο / Full name:
(Λατινικούς χαρακτήρες / Latin characters)

Ημερομηνία Γεννήσεως / Birth date:

Κινητό τηλέφωνο / Cell phone:

Τηλ. Εργασίας / Work phone:

E-mail:

Χώρος Εργασίας / Work Place:

Τμήμα / Section:

Ειδικότητα / Specialty:

Διεύθυνση επικοινωνίας / Communication address:

T.K. / Postal Code:

Ημερομηνία / Date:

Να επιστραφεί στο ΚΥ.Σ.ΑΝ / To be returned to ΚΥ.Σ.ΑΝ

Τηλ. / Tel.: 96672237 / E-mail: info@kysan.org



<https://www.facebook.com/KYSANpage/>

|



<http://www.kysan.org/>

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

Σημειώστε x εάν "Δεν αποδέχεστε να λαμβάνετε SMS στο κινητό σας τηλέφωνο για ενημέρωση σε περίπτωση περιστατικού έκτακτης ανάγκης"