**Yπεύθυνος εφαρμογής σχεδίου για τη διαχείριση ύποπτου κρούσματος**

ονοματεπώνυμο:  
  
  
  
τίτλος (πχ ιδιοκτήτης):  
  
  
  
τηλ (σταθερό) :  
  
  
  
τηλ (κινητό) :  
  
  
  
email:

**συνεργαζόμενος ιατρός ή πάροχος υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.**

ονομασία:  
  
  
  
διεύθυνση:  
  
  
  
στοιχεία επικοινωνίας: