**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: