Tilmelding - ambulancebehandleruddannelse

Holdnummer

Navn	CPR	Mobilnum-mer	E-mail	Arbejdssted	Gade	Postnummer og by	Bestået ambulanceassi-stent - dato	Bestået PHTLS - dato

Dokumentation medsendes

Underskrift - uddannelsesansvarlig /ansvarlig leder

Uddannelsesleder / ansvarlig leder bekræfter med sin underskrift at virksomheden betaler for ovennævnte personers deltagelse i ambulancebehandleruddannelsen jf. priser aftalt mellem SOSU Nord og Danske Regioner oktober 2011.