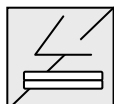




Δεν μπορώ να ακούσω.



Δεν μπορώ να μιλήσω



Έχω κινητικά προβλήματα

Αποστολέας του Fax?

Όνοματεπώνυμο: _____ Αριθμός Fax: _____

Που χρειάζεστε βοήθεια?

Διεύθυνση: _____ Αριθ. Διαμερίσματος/Δωματίου. _____ Όροφος: _____

Πόλη / Περιοχή: _____

Τι είδους βοήθεια?



Πυροσβεστική Υπ.



Φωτιά



Διάσωση



Τροχαίο



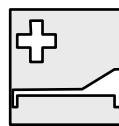
Πρώτες Βοήθειες



Διασώστης



Τραυματισμός



Αρρώστια



Αστυνομία



Διάρρηξη



Επίθεση



Καυγός

Περισσότερα σχόλια?

Παρακαλώ στείλτε μου διευθύνσεις και ώρες λειτουργίας για τις παρακάτω Υπηρεσίες



Γιατρός



Οδοντίατρος



Ωτορινολαρυγγολόγος



Οφθαλμίατρος

Φαρμακείο κοντά στην περιοχή μου:

Πόλη, Χώρα: _____



Διεύθυνση: _____

Fax: _____ Αριθμ. Τηλεφώνου: _____

Σας ευχαριστώ,

Υπογραφή: _____

Σας Παρακαλώ απαντήστε με fax!

Σας Παρακαλώ απαντήστε με fax!

Έχουμε λάβει το Fax Έκτακτης Ανάγκης που στείλατε και _____

έρχεται αυτή τη στιγμή στην τοποθεσία σας Υπογραφή Παραλήπτη: _____