# Fax Έκτακτης Ανάγκης

Έχω κινητικά προβλήματα

Δεν μπορώ να μιλήσω

Δεν μπορώ να

ακούσω.

##

***Αποστολέας του Fax?***

### Ονοματεπώνυμο:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Αριθμός Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Που χρειάζεστε βοήθεια?***

### Διεύθυνση:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Αριθ. Διαμερίσματος/Δωματίου.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Όροφος:\_\_\_\_\_\_

### Πόλη / Περιοχή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Τι είδους βοήθεια?***

***Περισσότερα σχόλια?***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Πυροσβεστική Υπ.** Φωτιά Διάσωση Τροχαίο


###  **Πρώτες Βοήθειες**  Διασώστης Τραυματισμός Αρρώστια

###


# **POLIZEI**

 **Αστυνομία** Διάρρηξη Επίθεση Καυγάς

** 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorlage erstellt von: BF Frankfurt/Main und Deutscher Schwerhörigenbund e. V/Referat Barrierefreies Planen und Bauen./2001/ENGLISCH