



## ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΥΝΑΜΗ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ [GREEK]

Όνομασία του Κέντρου Δύναμη για τη Ζωή (SFL): \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημ/νία Γέννησης: \_\_\_\_\_

Περιοχή: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

Αριθ. Τηλεφώνου: \_\_\_\_\_ Φύλο: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Ποιά Υπηρεσία σας παρέπεμψε;

- Ιατρείο (Medical Practice)
- Κέντρο Φυσικοθεραπείας (Physiotherapy)
- Κέντρο Αποκατάστασης Υγείας (Rehabilitation Services)
- Υπηρεσία Πρόληψης Πτώσεων (Falls Prevention Service)
- Κέντρο Υγείας (Health Clinic)
- Πρόγραμμα για την Προώθηση Υγιεινού Τρόπου Ζωής (Healthy Lifestyle Program)

*Συμφωνώ ότι οι πληροφορίες σχετικά με την εγγραφή μου στο πρόγραμμα Δύναμη για τη Ζωή (Strength for Life) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προώθηση και αξιολόγηση του προγράμματος. Οι πληροφορίες που συλλέγονται θα αντιμετωπίζονται εμπιστευτικά.*

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_