

DEKLARACJA CZŁONKOSTWA
POLSKIEGO STOWARZYSZENIA ROZWOJU PSYCHOTERAPII

Wrocław, dnia.....

Imię i Nazwisko.....

Statut i stopień naukowy.....

Data i miejsce urodzenia.....

Obywatelstwo.....

Adres zamieszkania.....

Miejsce pracy.....

Czy Prowadzi Pan/Pani psychoterapię?.....TAK/NIE.....

Jeśli tak, to w jakim nurcie?.....

Tel.:.....

e-mail:.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znane mi są postanowienia Statutu, cele oraz zadania STOWARZYSZENIA. Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Statutu i aktywnego uczestnictwa w działalności STOWARZYSZENIA.

.....
(data, miejsce, podpis)

Członkowie wprowadzający:

1.....
(imię i nazwisko, miejsce pracy) (podpis)

2.....
(imię i nazwisko, miejsce pracy) (podpis)

Zobowiązuję się do regularnego uiszczania składek na rzecz Stowarzyszenia ustalonych przez Zgromadzenie Członków Polskiego Stowarzyszenia Rozwoju Psychoterapii.....
(data, miejsce) (podpis)

Konto: Alior 49 2490 0005 0000 4500 7166 7073

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rejestracyjnym na potrzeby Polskiego Stowarzyszenia Rozwoju Psychoterapii (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 roku o Ochronie danych osobowych Dz. U. nr 133 poz. 883).

