**Президенту МОО ЕАРПП**

**Мизиновой Т.В.**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (фамилия)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (имя)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (отчество)

**Заявление – анкета**

**Прошу принять в члены** **МОО ЕАРПП.**

Обязуюсь регулярно платить членские взносы в порядке и размере, определяемом Организацией, соблюдать Устав, Этический кодекс и Положение о членстве Организации, принимать участие в деятельности Организации, выполнять решения руководящих органов МОО ЕАРПП.

*Приложение:*

*1.*Согласие на обработку персональных данных.

*2.* Фотография цветная для сайта (электронная версия)*.*

**Анкетные данные**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Число, месяц, год рождения |  |
| **2.** | Город проживания |  |
| **3.** | Место работы. Наличие практики в области психоанализа и психоаналитической психотерапии |  |
| **4.** | Образование (название ВУЗа, год окончания) |  |
| **5.** | Ученая степень, научное или иное звание |  |
| **6.** | Контактный телефон (мобильный и/или домашний) |  |
| **7.** | Адрес электронной почты |  |
| **8.** | С какого года член ECPP (Вена. Австрия) |  |
| **9.** | Статус в ЕСРР (если имеется) |  |
| **10.** | Членство в других общественных организациях. Указать – каких. |  |
| **11.** | Рекомендатели\*: ФИО, город, эл. почта, телефон  \*Рекомендатели должны быть членами ЕСРР не менее 3 лет, хотя бы один из рекомендателей иметь сертифицированный статус в ЕСРР. | 1.  2. |
| **12.** | С Уставом и Кодексом Этики и профессиональной практики ознакомлен |  |

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_