

# ЗАЯВА НА ЧЛЕНСТВО

Прошу надати мені членство у "Асоціації ЕМДР в Україні – фаховому об'єднанні зі спеціальної травматерапії "

Прізвище, Ім'я, По батькові \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Індекс/місто \_\_\_\_\_

Електронна пошта \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Основна професія \_\_\_\_\_

Місце роботи \_\_\_\_\_

Психотерапевтична освіта \_\_\_\_\_

Здобута освіта за навчальною програмою EMDR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(прохання докласти копії сертифікатів чи підтверджень)*

Тренери \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Місце, дата

\_\_\_\_\_

Підпис

Заяву висилайте на [secretary.emdrukraine@gmail.com](mailto:secretary.emdrukraine@gmail.com)