ANKIETA CZŁONKOWSKA

SEKCJI PSYCHOTERAPII DZIECI I MŁODZIEŻY

Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres mailowy, nr telefonu |  |
| Miejsce pracy(nazwa instytucji, miasto)  |  |
| Wykształcenie |  |
| Staż pracy terapeutycznej,posiadane certyfikaty |  |
| Zakres pracy terapeutycznej(wiek pacjentów, ewentualne specjalizacje czy zainteresowania) |  |
| Wyrażam zgodę na otrzymywanie zawiadomień i informacjiod Sekcji PDzM drogą elektroniczną | TAK\* NIE\*\*proszę podkreślić właściwe |