



Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije

Svi polaznici edukacije iz bihevioralno-kognitivnih terapija obvezni su popuniti Pristupnicu.

## PRISTUPNICA

\_\_\_\_\_ (ime i prezime)

\_\_\_\_\_ (datum rođenja)

\_\_\_\_\_ (mjesto rođenja)

\_\_\_\_\_ (OIB)

\_\_\_\_\_ (Članski broj u HPK-psiholozi/broj licence-liječnici)

\_\_\_\_\_ (zvanje, titula)

\_\_\_\_\_ (godina i fakultet na kojem ste stekli diplomu)

\_\_\_\_\_ (adresa stanovanja)

\_\_\_\_\_ (telefon i e-mail adresa)

\_\_\_\_\_ (radno mjesto)

\_\_\_\_\_ (adresa i telefon posla)

\_\_\_\_\_ (profesionalni interesi)

\_\_\_\_\_ (druge terapijske edukacije)

**Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem istinitost navedenih podataka.**

\_\_\_\_\_ mjesto i datum

\_\_\_\_\_ vlastoručni potpis

Molimo da **vlastoručno potpisanu** pristupnicu dostavite Udruženju poštom ili e-mailom. Svi podaci prikupljeni ovim dokumentom bit će korišteni isključivo u svrhu organizacije i provedbe edukacije iz bihevioralno-kognitivnih terapija. Svojim potpisom dajete suglasnost za korištenje podataka u navedene svrhe.