



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.