

Društvo gestalt i integrativnih psihoterapeuta Hrvatske
10000 Zagreb
Ul. baruna Trenka 1/I

PRISTUPNICA

Ime i prezime: _____

Mjesto rođenja: _____ JMBG: _____

Adresa, kućna _____ tel _____

na poslu _____ tel _____

e-mail _____

Završen fakultet: _____

Poslijediplomski studij: _____

Ostale poslijediplomske edukacije iz područja psihoterapije:

Naziv edukacije	u organizaciji	voditelji	trajanje od - do	broj sati

Želim postati (zaokružite)

punopravnim (s diplomom gestalt ili integrativnog psihoterapeuta)

pridruženim (s najmanje 100 sati iskustvenog rada u Gestalt psihoterapiji)

članom Društva.

Datum: _____

Potpis: _____