Приложение №1

к ПОРЯДОКУ ПРИЕМА В СОСТАВ ЧЛЕНОВ ,

ВЫХОДА И ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СОСТАВА ЧЛЕНОВ

МОО «ЕАРПП» от 05.02.2021г.

**МОО «ЕАРПП»**

**Президенту Тимошкиной А.А.**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (фамилия)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (имя)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (отчество)

**Заявление.**

**Прошу принять в члены МОО «ЕАРПП».**

Обязуюсь регулярно платить членские взносы в порядке и размере, определяемом Организацией, соблюдать Устав, Этический кодекс и Положение о членстве Организации, принимать участие в деятельности Организации, выполнять решения руководящих органов МОО «ЕАРПП».

Согласен на обработку персональных данных.

*Приложение:*

*1.* Фотография цветная для сайта (электронная версия)

**Анкетные данные**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Число, месяц, год рождения |   |
| **2.** | Город проживания. |     |
| **3.** | Место работы . Наличие практики в области психоанализа и психоаналитической психотерапии |       |
| **4.** | Образование (название ВУЗа, год окончания). |     |
| **5.** | Ученая степень, научное или иное звание |    |
| **6.** | Контактный телефон (мобильный и/или домашний) |   |
| **7.** | Адрес электронной почты |   |
| **8.** | Контакты для размещения на сайте |   |
| **9.** | Статус ECPP (Вена) |   |
| **10.** | Являетесь ли вы членом других общественных организаций? Указать каких. |   |
| **11** | Согласен с [**Приложением 1**](https://earpp.ru/prilozhenie-1/) к настоящему Заявлению. | Настоящей подписью подтверждаю свое ознакомление и согласие с пунктом 11 настоящего заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отчество дата «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г. |
| **12.** | Рекомендатели\*: ФИО, город, эл. почта, телефон \*Рекомендатели должны быть членами МОО «ЕАРПП» не менее 2 лет, хотя бы один из рекомендателей иметь сертифицированный статус в ECPP (Вена) | 1. 2.   |
| **13.** | С Уставом МОО «ЕАРПП» и Кодексом Этики и профессиональной практики ознакомлен |   |
| **14.** | Ознакомлен с принятым в Организации *порядком уплаты членских взносов.*· Членский взнос выплачивается *ежегодно* *до 31 марта текущего года.*При вступлении в организацию *единовременно* выплачивается вступительный взнос*,* который одновременно является членским взносом за текущий год. |   |

**Я подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись), что содержащиеся в данном заявлении сведения достоверны. Мне известно, что я несу ответственность за подачу недостоверных сведений, установленную законодательством РФ, Уставом организации, включая исключение из членства.**

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/