

Για τη διαδικασία πληρωμής με μεταφορά χρημάτων στον τραπεζικό λογαριασμό του Συνδέσμου ή με τραπεζική εντολή στο:

Όνομα λογαριασμού: «Syndesmos Chorotherapias Kyproy»

IBAN: CY74 0020 0195 0000 3570 2484 1958

Διαδικασία Πληρωμής:

Επιταγή

Τραπεζική Εντολή

Μεταφορά χρημάτων

Δ. Εποπτεία

Η κλινική πρακτική του επαγγέλματος απαιτείται να γίνεται ταυτόχρονα με την κατάλληλη εποπτεία

Δήλωση επόπτη/τριας : Γίνεται εποπτεία από

.....

σε ανάλογο επίπεδο με την κλινική μου πρακτική και ευθύνη.

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Οι υπογραφές πρέπει να γίνονται γραπτώς και όχι να δακτυλογραφούνται.

Ε. Κώδικας Δεοντολογίας

Έχω διαβάσει τον Κώδικα Δεοντολογίας και συμφωνώ απόλυτα με το περιεχόμενο του και την εφαρμογή του στην επαγγελματική μου πρακτική

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Οι υπογραφές πρέπει να γίνονται γραπτώς και όχι να δακτυλογραφούνται.

Εξουσιοδότηση για προστασία προσωπικών δεδομένων

Αντιλαμβάνομαι ότι από τη στιγμή που υπογράφω την αίτηση αυτή, τα προσωπικά μου στοιχεία θα αποθηκευτούν με απόλυτη εχεμύθεια και αυστήρη εμπιστευτικότητα.

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Οι υπογραφές πρέπει να γίνονται γραπτώς και όχι να δακτυλογραφούνται.

Η αίτηση σας μαζί με τα απαραίτητα έγγραφα/πιστοποιητικά πρέπει να αποστέλλονται στη διεύθυνση:

Αθανασίου Διάκου 33 Παλλουριωτισσα, 1046