



EUROPEAN
ASSOCIATION FOR
BODY-
PSYCHOTHERAPY



Π | Ε | Σ Ω | Ψ | ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ
ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΦΙΛΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΠΕΣΩΨ - EABP

Παρακαλούμε πληροφορηθείτε τα Κριτήρια και τους Όρους των Μελών που απαιτούνται για την εγγραφή σας και συμπληρώστε την αίτηση σύμφωνα με τις οδηγίες που αναφέρονται στον ιστότοπο: www.pesops.gr ή ζητείστε οδηγίες για τη συμπλήρωσή της από τη γραμματεία της ΠΕΣΩΨ στο info@pesops.gr

Όνοματεπώνυμο:	
Διεύθυνση επικοινωνίας:	
Τηλέφωνο: (συμπεριλαμβανομένου κωδικού χώρας)	
Ηλεκτρονική διεύθυνση (Email):	
Ιστότοπος:	
Προσωπικά στοιχεία:	
Ημερομηνία γέννησης:	
Φύλο:	
Ξένες γλώσσες:	
Υπηκοότητα:	
Επάγγελμα (-τα):	
Άλλη κατάρτιση:	
Παρακαλούμε δηλώστε γιατί επιθυμείτε να γίνετε μέλος.	

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Τόπος:

Παρακαλούμε να παραδώσετε αυτή την αίτηση μαζί με τα συνημμένα έγγραφα στη Γραμματεία της ΠΕΣΩΨ, info@pesops.gr
Σας συστήνουμε να κρατήσετε αντίγραφο της αίτησής σας και των συνημμένων δικαιολογητικών.

Μετά την επικύρωσή σας ως μέλους και αφού καταβάλλετε το ποσό των 50 Ευρώ για την Ετήσια Συνδρομή σας, θα σας αποσταλεί η αντίστοιχη απόδειξη.