.....................................................................................................................................................

Nazwisko i imię Telefon, tel. komórkowy, E-mail

....................................................................................................................................................

Kod pocztowy Miejscowość

.....................................................................................................................................................

Ulica, nr domu, nr mieszkania,

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

Miejscowość ..................................................... dnia ........................................................

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Terapii EMDR.

Oświadczam, iż Statut oraz Kodeks Etyczny Towarzystwa są mi znane i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych.

Oświadczam ,że ukończyłam/-łem szkolenie EMDR na poziomie podstawowym i zobowiązuje się do przedstawienia dokumentu (lub jego kopii) potwierdzającego ten fakt wraz z niniejszą deklaracją.

Zobowiązuję się ponadto do:

- wykorzystywania wiedzy uzyskanej podczas szkolenia wyłącznie w swojej praktyce terapeutycznej

- stałego rozwijania i poszerzania swoich kompetencji zawodowych

- pogłębiania wiedzy praktycznej i teoretycznej w zakresie terapii EMDR

- dołożenia najwyższych starań aby wykorzystywać ją w najlepiej pojętym interesie swoich klientów/pacjentów

- w miarę swoich możliwości propagowania rzetelnej wiedzy o EMDR

podpis: ………………………………………………………………………………