**Členská prihláška**

Meno, priezvisko (titul)

.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dátum narodenia

.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Adresa

.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mobil E-mail

.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Poznámka

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

Členstvo ukončené dňa .................. a dôvod ukončenia .......................................................................................

***Súhlasím so stanovami združenia, s etikou o zachovaní lekárskeho tajomstva (a ďalších informácií o klientoch, s ktorými budem pri výkone canisterapeutickej praxe v kontakte) a s prípadnou náhradou škody spôsobenou mojou činnosťou alebo mojim psíkom.***

V ............................ dňa .............................

Podpis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_