

Application form for membership

Заявление о членстве**:**

**1. As individual member** (в качестве индивидуального члена) **Х**

**2. Year** (год):

**Комментарий: указать с какого года являетесь членом ЕКПП. Если не являетесь членом ЕКПП, то указываете текущий год.**

**3. I wish to apply also for** (Заявление):

3.1. Practitioner Certificate (О сертификате практикующего специалиста) ****

**Комментарий: указать с какого года имеете данный статус - если он есть. В этом случае поле остается пустым. Если претендуете на него – ставите знак «V»**

3.2. Training analyst Certificate (О сертификате обучающего аналитика) 

**Комментарий: указать с какого года имеете данный статус - если он есть. В этом случае поле остается пустым. Если претендуете на него – ставите знак «V»**

3.3. Supervisor Certificate (О сертификате супервизора) 

*(Укажите, на какой статус Вы претендуете)*

***(Заполняется далее на английском и русском языках)***

**4. Name:**

Фамилия:

**5. First Name(s):**

Имя и отчество:

**6. Date of birth:**

Дата рождения (число, месяц, год):

**7. Street:**

Адрес: улица, дом, корп., кв.:

**8. City:**

Город:

**9. Post code**

Почтовый код:

**10. Country: Russia**

Страна: Россия

*(Если Вы член ЕКПП-Россия, но проживаете в др.государстве, укажите страну Вашего проживания)*

**11. Phone** (Городской тел.): **+ 7 (ххх) ххх хх хх**

**Mobil** (Мобил. тел.): **+ 7 (ххх) ххх хх хх**

*(Если Вы член ЕКПП-Россия, но проживаете в др.государстве, укажите тел.код Вашей страны)*

**12. E mail** (адрес электронной почты):

**13. Fax number** (номер факса):**+ 7 (ххх) ххх хх хх**

**14. For organization only: name of contact person and status:**

Для организаций: ФИО организатора для контакта и статус:

**15. Professional address: if different from above** (Рабочий адрес, если отличается от вышеуказанного):

**Street:**

Адрес: улица, дом, корп., кв.:

**City:**

Город:

**Post code:**

**Комментарий: на забывайте указывать!**

Почтовый код:

**Комментарий: на забывайте указывать!**

**Country: Russia**

Страна: Россия

**For post mail, please send to** (почту посылать)**:**

**private address** (по частному адресу) 

**professional address** (по рабочему адресу) 

**16. Psychoanalytical practice** (Психоаналитическая практика)**:**

**Yes** (да): 

**No** (нет): 

**Since** (год начала практики):

**Country of practice: Russia**

Страна, где Вы практикуете: Россия

*(Если Вы член ЕКПП-Россия, но проживаете в др.государстве, укажите Вашу страну)*

**Private practice** (Частная практика) 

**Institutional practice** (Практика в рамках организации) 

**Name of main Institute: East European Psychoanalytic Institute**

**Address:** **Bolshoy prospect, P.S., 18-A, St. Petersburg, 197198, Russia**

**Phone (fax): + 7(812)235 28 57**

Название главной организации: Восточно-Европейский Институт Психоанализа

Адрес: Россия, 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П.С., д.18-А

Тел/факс: + 7(812)235 28 57

**Which approach or theories in psychoanalysis is your practice based on** (На каком подходе или психоаналитических теориях основана Ваша практика):

Classical Psychoanalysis and modern psychoanalytic psychotherapy (Классический психоанализ и современная психоаналитическая психотерапия)

**17. Are you a member of an ECPP-Branch in your country** (Вы являетесь членом отделения ЕКПП в Вашей стране):

**Yes** (да): **Х**

**No** (нет): 

**I confirm that all data herein is correct and can be used by ECPP.**(Я подтверждаю, что все данные верны и могут использоваться ЕКПП)

**I agree to pay the annual membership fee and the certification fee if applicable.** (Я согласен на уплату ежегодных членских взносов и сертификационных взносов при необходимости)

**I also adhere to the principals contained in the Ethics Code of ECPP**(Я также придерживаюсь принципов, изложенных в Этическом Кодексе ЕКПП).

**My CV – is attached** (Мое CV прилагается).

**Рекомендации получены от:**

(*укажите Ф.И.О., статус, номер телефона, эл.адрес члена ЕКПП, который поручился за вашу кандидатуру*):

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date (Дата: число, месяц, год):

Signature (Подпись):

*(Укажите Ваши фамилию, имя и отчество в качестве подписи)*