

## Žiadosť o členstvo v Komore celostnej hypnoterapie

### Ako vyplniť žiadosť:

1. Vytlačte si tlačivo a vyplňte ho.
2. Naskenujte vyplnenú žiadosť a kópie certifikátov/osvedčení a pošlite ich mailom na [info@chamberofhypnotherapy.com](mailto:info@chamberofhypnotherapy.com)

alebo ich zašlite poštou na adresu:

Mgr. Andrea Bellayová

Jeruzalemská 18, 917 01 Trnava  
Slovensko

---

### Osobné údaje:

Titul: \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliska: \_\_\_\_\_

Korešpondenčná adresa: \_\_\_\_\_

Tel. číslo: \_\_\_\_\_

Adresa webovej stránky: \_\_\_\_\_

Mailová adresa: \_\_\_\_\_

### Relevantné vzdelanie a kvalifikácia:

Vzdelávacia organizácia / Inštitúcia	Kvalifikácia / Názov vzdelávacieho programu	Rok	Priložený dokument ÁNO / NIE
---	--	-----	---------------------------------

---

---

*Kópie príslušných certifikátov a osvedčení prosím priložte k žiadosti.*

**Existujúce členstvo v iných profesionálnych organizáciách/asociáciách**

---

---

---

---

---

**Stručne popíšte svoju terapeutickú prax, uveďte čo považujete na svojej praxi za najdôležitejšie:**

---

---

---

---

---

**Dohoda o členstve**

Ja, dolupodpísaný/á \_\_\_\_\_, týmto žiadam o členstvo v Komore celostnej hypnoterapie. V prípade môjho prijatia:

1. Súhlasím s dodržiavaním Etického kódexu Komory celostnej hypnoterapie a ďalších nariadení prijatých Komorou počas doby trvania môjho členstva.
2. Zaväzujem sa rešpektovať všetky zákony platné v mieste môjho pôsobenia.

**Vyhlasujem, že informácie uvedené v tomto formulári sú pravdivé a presné v každom ohľade.**

**Meno:** \_\_\_\_\_

**Podpis:** \_\_\_\_\_

**Dátum:** \_\_\_\_\_