



עמותת מטפלי אייפק בישראל (ע"ר) IPEC-Integrated Physical Emotional Clearing

עמותת מטפלי אייפק בישראל (ע"ר)

טופס רישום לעמותה

_____	מס' ת.ז.:	_____	שם ושם משפחה:
_____	מיקוד:	_____	כתובת:
_____	מס' ניד:	_____	מס' טלפון:
_____	רמת הכשרה ומתי סיים:	_____	כתובת מייל:
		_____	תאריך לידה:

קראתי את התקנון והקוד האתי של חברי העמותה ומאשר בחתימתי

שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

מבקש/ת להיות חבר ב"עמותת מטפלי אייפק בישראל (ע"ר).
מטרות הארגון ותקנונו ידועים לי. אם אתקבל כחבר בו, אני מתחייב
לקיים את הוראות התקנון ואת החלטות האסיפה הכללית של העמותה.