



Deklaracja Członkowska
Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej i Systemowej

Imię..... Nazwisko.....

Adres zamieszkania/korespondencyjny

Tel. kontaktowy, e-mail

Dane do rachunku

Ja, urodzona/y w
oświadczam, że jestem psychoterapeutą/tką. Od roku prowadzę psychoterapię.

Praktykę psychoterapeutyczną prowadzę w:

Nazwa	Dokładny adres	Telefon, email	Kierownik placówki

Dyplom magistra uzyskałam/em
(uczelnia, kierunek, rok)

Szkolenie w psychoterapii w ilości godzin..... (przybliżona liczba godzin) przesłam/przeszedłem w:

.....
(nazwa placówki/placówek szkolących)

Własną psychoterapię w modalności..... w ilości godzin odbyłam/em
(nie odbyłam/em)

Swoją praktykę superwizuję u.....

Niniejszym jako członek Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej i Systemowej zobowiązuję się do przestrzegania Statutu i Kodeksu Etycznego Polskiej Federacji Psychoterapii i Statutu i Kodeksu etycznego European Association for Psychotherapy (EAP).

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Rekomendacja

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że kol..... jest mi znana/y i polecam jej/jego kandydaturę na członka Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej i Systemowej.

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Telefon, email	Miejsce pracy, adres	Podpis

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że kol..... jest mi znana/y i polecam jej/jego kandydaturę na członka Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej i Systemowej.

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Telefon, email	Miejsce pracy, adres	Podpis

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że kol..... jest mi znana/y i polecam jej/jego kandydaturę na członka Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej i Systemowej.

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Telefon, email	Miejsce pracy, adres	Podpis

Decyzja Zarządu - Status członkowski

Decyzją Zarządu z dnia..... Uchwała nrprzyznano status członka

Pieczęć PTPiS

INFORMACJA ADMINISTRATORA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Droga Koleżanko/Drogi Kolego, informujemy, że administratorem Twoich danych osobowych jest
POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHOTERAPII INTEGRATYWNEJ I SYSTEMOWEJ
z siedzibą w Krakowie (30-219), ul. Koło Strzelnicy 12.

Podane dane będą przetwarzane w celu realizacji zadań i celów statutowych Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej i Systemowej (PTPiS) oraz w celu informowania o nowych ofertach i propozycjach branżowych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w powyższych celach.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby, której dane dotyczą

W szczególności wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na:

- umieszczanie mojego imienia i nazwiska na liście członków Stowarzyszenia umieszczonej na stronie internetowej PTPiS,
- umieszczenie mojego imienia i nazwiska na listach obecności członków na Walnych Zgromadzeniach PTPiS,
- w przypadku uzyskania certyfikatów psychoterapeuty lub superwizora PTPiS, a także uzyskania European Association for Integrative Psychotherapy (ECP), umieszczenie mojego imienia i nazwiska na liście osób certyfikowanych zamieszczonej na stronie internetowej PTPiS P

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby, której dane dotyczą

Wyrażam zgodę na wykorzystanie i publikację mojego wizerunkach w mediach społecznościowych, na stronie internetowej, publikacjach, itp. prowadzonych/rozpowszechnianych w ramach działalności POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOTERAPII INTEGRATYWNEJ I SYSTEMOWEJ z siedzibą w Krakowie (30-219), ul. Koło Strzelnicy 12.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby, której dane dotyczą

Informujemy, że:

1. Masz prawo w dowolnym momencie wycofać niniejszą zgodę, przy czym jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tejże zgody przed jej wycofaniem.
2. Masz prawo do żądania od administratora dostępu do Twoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały podane oraz przez okres wynikający z przepisów prawa (np. dla celów rozliczeń lub wynikających z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
4. Masz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
5. Podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.
6. Odbiorcami danych mogą być pracownicy i współpracownicy (na podstawie zawartych umów) Administratora Danych, jednakże zobowiązani są oni do zachowania poufności w tym zakresie.
7. Konsekwencją niepodania danych może być uniemożliwienie realizacji ww. celu/celów, dla których są podawane.
8. Podstawę prawną przetwarzania Twoich danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a) / art. 9 ust. 2 lit. a)
9. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z04.05.2016, str. 1), tzn. dane będą przetwarzane na podstawie Twojej zgody.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby, której dane dotyczą