

**CERERE DE ADEZIUNE**

**Asociatia Profesionala a Practicantilor de Terapia Acelor Uscate**

Domnule Presedinte, va rog sa luati in considerare solicitarea de inscriere ca membru al APPTAU, in conformitate cu datele personale prezentate mai jos.  
*(numele si prenumele cu majuscule)*

**NUME** .......................................................................................................................... **PRENUME** .................................................................................................................. **Data nasterii**..................... **locul nasterii**.........................................................................

**ADRESA DE CONTACT**

STRADA......................................................................................NR...... BLOC.... SC.....AP.... LOCALITATEA............................................. JUDETUL.......................................................... SECTOR....... COD POSTAL..........................Telefon..............................................................

**ADRESA DE LA LOCUL DE MUNCA**

INSTITUTIA (FIRMA, ETC.).................................................................................................... STRADA......................................................................................NR...... BLOC.... SC.....AP.... LOCALITATEA............................................. JUDETUL.......................................................... SECTOR....... COD POSTAL..........................Telefon..................

**Adresa email**.....................................................................

***Note:***

*- Va* *rugam sa* *marcati X in dreptul adresei pe care o preferati pentru corespondenta cu (APPTAU) - Va rugam sa* *comunicati schimburile survenite in adresa de contact sau in adresa email.*

Anexez curriculum vitae ce contine date despre pregatirea profesionala in Dry Needling, domenii de competenta, asociatii profesionale din care fac parte, publicatii.

Imi asum responsabilitatea pentru corectitudinea datelor din prezenta cerere si ma angajez sa respect prevederile Statutului Asociatia Profesionala a Practicantilor de Terapia Acelor Uscate.

Data................................. Semntura