



טופס הרשמה ל: פסיכולוגים קליניים למען דור העתיד

חברי החטיבה הקלינית בהפ"י המעוניינים להצטרף למאגר של מטפלים בתעריף מוזל למתמחים, ומוכנים להקדיש לכך לפחות שעה טיפולית אחת לשבוע, ימלאו את הפרטים הבאים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

כתובת הקליניקה: _____

מס' טלפון נייד: _____ - מס' טלפון נייד: _____

מספר רישיון מומחה: _____ מספר רישיון מדריך: _____

דוא"ל: _____@

אני מעוניין/ת להצטרף לרשימה כ-: () פסיכולוג מומחה מטפל () פסיכולוג מדריך

אנא פרט/י שיטות טיפול ובעיות שבהן את/ה מתמחה במידה ואתה מומחה

בתחום נוסף מלבד הקליני

ניתן לפרט כאן:

אני מצהיר כי ידוע לי שההתקשרות ביני ובין הפונה היא על אחריותי המקצועית בלבד וכי לא תהיינה לי

כל טענות או תביעות כלפי הפ"י או כל גורם אחר בגין התקשרות זו.

נא שילחו טופס זה למייל: ISHURIM@PSYCH.ORG.IL