

**Αίτηση Εγγραφής Μέλους / Membership Application**

*Όνομα (Name):*

*Επίθετο (Surname):*

*Ηλεκτρονική Διεύθυνση (Email):*

*Αριθμός Τηλεφώνου (Telephone No):*

*Επαγγελματίας Ψυχολόγος/ Professional Psychologist: ΝΑΙ/YES ΟΧΙ/NO*

*Κλάδος/ Discipline:*

*Επίπεδο σπουδών/ Level of studies:*

*Αριθμός Εγγραφής στο Μητρώο Εγγεγραμμένων Ψυχολόγων (αν ισχύει) /*

*Registration Number in the Register of Registered Psychologists (if applicable):*

*Φοιτητής Ψυχολογίας/Psychology Student: ΝΑΙ/YES ΟΧΙ /NO*

*Επίπεδο σπουδών/Level of Studies:*

*Κλάδος (αν ισχύει) / Discipline (if applicable):*

*Σημείωση: Αποστέλλοντας την εν λόγω αίτηση στον Σύνδεσμο Ψυχολόγων Κύπρου, συγκατατίθεμαι στην ασφαλή διατήρηση των προσωπικών δεδομένων που αναγράφονται σε αυτή.*

*Note: By sending this application to the Cyprus Psychological Association, I consent to the safe keeping of the personal data written within it.*