

ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ & ΦΙΛΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ



ΒΟΡΕΙΟ-ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Τηλ: 6985719022, 6937398014
Email: sofpsiva@gmail.com
Μαρούσι - Πλατεία Εργατικών
Πολυκατοικιών, δίπλα στο ΚΑΠΗ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΣΟΦΨΥ ΒΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ - ΟΝΟΜΑ

.....

ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ

.....

ΤΚ

ΠΕΡΙΟΧΗ

.....

Email

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ

.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

.....

ΗΛΙΚΙΑ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ

.....

Φροντιστής / Συγγενής

Ασθενής

Φίλος

Επαγγελματίας Ψυχ. Υγείας

Αποδέχομαι το **Καταστατικό** του ΣΟΦΨΥ ΒΑ Αττικής και επιθυμώ να εγγραφώ ως:

Τακτικό Μέλος (αφορά Φροντιστές/Συγγενείς, Ασθενείς, Φίλους,
Επαγγελματίες Ψυχ. Υγείας που επιθυμούν να εγγραφούν ως φίλοι).

Πρόσεδρο Μέλος (αφορά Επαγγελματίες Ψυχ. Υγείας).

ΗΜΕΡΟΜ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Ο ΑΙΤΩΝ / Η ΑΙΤΟΥΣΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ