



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑμΘ

Δήλωση ΑμΘ

Αρ. Κάρτας Μέλους ΠΑΣ ή Μοναδικός Κωδικός*: _____

Προς Παγκύπριο Αντιαναιμικό Σύνδεσμο:

Δια της παρούσης δηλώνω ότι μου παρασχέθηκε Συμβουλευτική Στήριξη/ Ψυχοθεραπεία από τον/την _____, δια ζώσης στο ΚΘ/ δια ζώσης στο γραφείο/ διαδικτυακά/ τηλεφωνικά στις _____ από τις _____ μέχρι _____.

Το κόστος της συνεδρίας ανέρχεται σε:

€ _____ (_____ ευρώ)

Ημερομηνία: _____

Ο/Η δηλών/ούσα:

Σημείωση:

* Μοναδικός Κωδικός:

Αρχικό ονόματος, αρχικό επιθέτου και 3 τελευταία ψηφία αριθμού ταυτότητας ΑμΘ.

