**P R I J A V N I C A**

**PSIHOSICIALNA POMOČ LJUDEM S PSIHOLOŠKIMI TRAVMATSKIMI IZKUŠNJAMI IN**

**MODELI ORGANIZIRANJA SKUPIN SAMOPOMOČI**

Naziv/ Title:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek / Name and Surname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organizacija/ Organisation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Delovno mesto /Job Title: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poklic / Profession: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ulica / Street: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj in poštna številka / Town and postal code: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Država /Country: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon /Telephone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E- pošta / E –mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prijava (obkrožite): a) za dvodnevno izobraževanje; b) samo en dan

Prijavnico pošljete najkasneje do 22. 11. 2015 na penkoj@gmail.com ali po pošti na naslov: Zavod Moja pot, Šercerjeva 18, 6250, Ilirska Bistrica.

Kotizacijo nakažete na račun:

Zasebni zavod Moja pot, Psihoterapija in svetovanje

Šercerjeva 18,

6250 Ilirska Bistrica

TR: 10100-0052349343

MŠ: 6444407000

Namen plačila: kotizacija za seminar Hall

Kontaktna oseba: Jerica Penko, 040 835 678), penkoj@gmail.com