 Kinnitatud 02.10.2024

 juhatuse otsusega.

**Avaldus Eesti Toitumisnõustajate ja -terapeutide Ühenduse tegevliikmeks saamiseks**

| Ees- ja perekonnanimi |  |
| --- | --- |
| Isikukood |  |
| Telefon |  |
| E-posti aadress |  |
| Kodulehekülje aadress |  |
| Töökoht (asutuse nimetus) |  |
| Eriala |  |
| Erialane baasharidus/erialased baasharidused (lõpetamise aasta)  | *Märgi siia õppeasutus, haridus, lõpetamise aasta. Täienduskoolituste osas täida eraldi tabel (Lisa 1a).* |
| Organisatsiooniline kuuluvus | *Loetle organisatsioonid, mille liige hetkel oled.* |

|  | **jah** |
| --- | --- |
| **Olen nõus, et liikmeks saamisel minu ees- ja perekonnanimi, pilt ja muu minu tegevust iseloomustav informatsioon avaldatakse ETNÜ koduleheküljel.**  |  |

 **Kuupäev:**  */Allkirjastatud digitaalselt/
(ees- ja perekonnanimi)*