



## CERERE DE ADERARE

### Alianța Națională pentru Sănătate Mintală

Subsemnata / Subsemnatul, în calitate de reprezentant al organizației menționate mai jos, solicit aderarea acesteia la Alianța Națională pentru Sănătate Mintală, o platformă de cooperare între organizații profesionale și organizații ale beneficiarilor din domeniul sănătății mintale. Înțeleg că Alianța funcționează ca o inițiativă de colaborare fără personalitate juridică, bazată pe principiile prevăzute în Carta Alianței Naționale pentru Sănătate Mintală.

#### Datele organizației

Denumirea organizației: \_\_\_\_\_

Cod de Identificare Fiscală (CIF): \_\_\_\_\_

Domeniul principal de activitate:

psihoterapie  psihologie  psihiatrie  asistență socială  logopedie

terapie ocupațională  organizație de beneficiari

alt domeniu: \_\_\_\_\_

Localitate / Județ: \_\_\_\_\_

Website (dacă există): \_\_\_\_\_

#### Reprezentare

Numele președintelui organizației: \_\_\_\_\_

Numele persoanei desemnate ca reprezentant în relația cu Alianța: \_\_\_\_\_

Funcția în organizație: \_\_\_\_\_

Adresă de e-mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### Declarație de aderare • Responsabilitate • Protecția Beneficiarului

Prin prezenta, organizația menționată mai sus:

- solicită aderarea la Alianța Națională pentru Sănătate Mintală;
- declară că a luat cunoștință de Carta de constituire a Alianței Naționale pentru Sănătate Mintală;
- își exprimă acordul de a susține principiile și obiectivele acestei inițiative de colaborare.

Data: \_\_\_\_\_

Nume: \_\_\_\_\_

Funcție: \_\_\_\_\_

Semnătură: \_\_\_\_\_

Ștampilă (dacă există)