



PTN - Psychotherapeut*innen Netzwerk Münster, Münsterland e.V.
Aufnahmeantrag

Name _____
Vorname _____
Titel _____
Geburtsdatum _____
Geschlecht _____

Selbstständige niedergelassene Tätigkeit: ja ☐ nein ☐ nein ☐ nein ☐
(angestellt in (angestellt in PiA (Elternzeit/Rente/
Klinik/ Klinik/ Arbeitslosigkeit)
Institution/ Institution/
- - -

Kontakt

- bei selbstständig niedergelassenen = eigene Praxis
- bei Anstellung = Klinik/ Institut/ Praxis
- in allen anderen Fällen = private Anschrift

Straße _____
PLZ, Ort _____
Fon _____
E-Mail _____

Beruf: PP ☐ ÄP ☐ KJP ☐ PiA ☐

Jahr der Approbation/Fachkunde _____
Facharzt/-ärztin für _____

Therapieverfahren: VT ☐ TP ☐ AP ☐ ST ☐
Einzel ☐ Gruppe ☐

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im PTN - Psychotherapeut*innen Netzwerk Münster und Münsterland e.V. Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag jährlich aktuell 150,00 €, für Personen in Elternzeit, Rente oder Arbeitslosigkeit 75,00 € und für Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) 12,00 € (symbolischer Jahresbeitrag) beträgt und zu Beginn der Mitgliedschaft anteilig und in den Folgejahren jeweils im August/September eingezogen wird.
Hiermit bestätige ich die Einwilligung zur lokalen Speicherung/ Archivierung der mich betreffenden Unterlagen (z.B. Aufnahmeantrag, Separatmandat u.ä.)
Hiermit bestätige ich die Einwilligung zur E-Mail Kommunikation mit dem PTN e.V.

Ort, Datum

Unterschrift