PTN - PsychotherapeutInnen Netzwerk Münster, Münsterland e.V.

Aufnahmeantrag

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht _____

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

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 - PsychotherapeutInnen 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 PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) 12,00 € (symbolischer Jahresbeitrag) beträgt und zu Beginn der Mitgliedschaft anteilig und in den Folgejahren jeweils im Juli/August eingezogen wird.
Hiermit bestätige ich die Einwilligung zur lokalen Speicherung/ Archivierung der mich betreffenden Unterlagen (z.B. Aufnahmeantrag, Sepa-Mandat u.ä.)
Hiermit bestätige ich die Einwilligung zur E-Mail Kommunikation mit dem PTN e.V.

_____

Ort, Datum Unterschrift