



**Beitrittserklärung (bitte beachten: 2 seitig) zum
Psychotherapeutischen Praxisnetz Dortmund**
Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben!

Name / Vorname:.....

Straße (privat):..... (Praxis):.....

PLZ / Ort(privat):..... (Praxis):.....

Tel (mobil/privat):..... (Praxis):.....

Fax: Email :.....

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Psychotherapeutisches Praxisnetz Dortmund e.V.“ Die Satzung des Vereins wurde mir über die Internetseite zugänglich gemacht und ich erkenne sie und die sich für mich ergebenden Rechte und Pflichten an.
Der Mitgliedsbeitrag wird nach Festsetzung durch die Mitgliederversammlung, jeweils zum 1. April per Lastschrift eingezogen.

Ich bin (bitte ankreuzen):

- Ärztliche Psychotherapeutin/ Ärztlicher Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- Psychotherapeutin/ Psychotherapeut in Ausbildung nach PsychThG (1999)
- Psychotherapeutin/ Psychotherapeut in Weiterbildung nach PsychThG (2020)
- Ärztin/Arzt in anerkannter Weiterbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten

Psychotherapeutisches Verfahren:

- analytisch
- tiefenpsychologisch
- verhaltenstherapeutisch
- systemisch

Psychotherapeutisches Gruppenangebot Ausrichtung/Art:

Zusatzausbildungen/Spezifikationen:

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift / ggf. Stempel

