

# MITGLIEDSCHAFTSANTRAG



– in Blockschrift auszufüllen –

## Ich möchte Mitglied werden

Frau  Herr

Titel/Vorname/Name (z.B. Prof. Dr. Dipl.-Psych. Max Mustermann)

Geburtsdatum\*

## Mitgliedschaft als

**ordentliches Mitglied**, approbierte/r Psychotherapeut/in (PP, KJP) (Jahresbeitrag (Jb) € 395,-)

Approbationsjahr

Neuapprobierte/r (Jb im KJ der Approbation frei; im ersten KJ nach der Appr. € 197,50, danach € 395,-)

Ehe/LPart. eines Mitglieds (Jb € 90,-)

Vorname

Name

**assoziiertes Mitglied**, Studierende/r oder PiA (beitragsfrei)

Studierende:

PT-Ausbildungsbeginn:

PT-Ausbildungsende:

**Fördermitglied**, nat. u. jur. Personen, die sich für die Belange der PP und KJP einsetzen (Jb € 253,- für nat. Personen; für jur. nach Beschluss des Bundesvorstandes)

## Studium\*

Psychologie  Pädagogik

## PT-Ausbildung\*

PP  KJP  
 AP  VT  TP  ST

## Beschäftigungsdaten\*

in eigener Praxis tätig:

mit ganzem Kassensitz  
 mit halbem Kassensitz  
 ohne Kassensitz

Jobsharingpartner/in

angestellt in einer Praxis:

bei einem PP  
 bei einem KJP  
 bei einem Arzt

angestellt in einer Institution:

Klinik  
 Beratungsstelle  
 andere Einrichtung  
 MVZ

Sonstiges:

\*Freiwillige Angaben

## Praxis- oder Dienstanschrift ggf. Privat

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon\*

E-Mail\*

Praxis/Dienststelle  Privat

**Bitte beachten Sie, dass die Verbandskommunikation überwiegend via E-Mail und Telefon verläuft.**

**Eine Kopie der Approbationsurkunde, Studien- bzw. Ausbildungsbescheinigung wird vor Beginn der Mitgliedschaft eingereicht. Im Eintrittsjahr wird der Beitrag nach Mitgliedsmonaten berechnet, der Mindestbeitrag beträgt € 35,- im Jahr.**

Ihre Daten werden ausschließlich für den Vereinszweck gesichert und verwendet. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DPTV unter den genannten Kontaktdaten widerrufen.

Mit den Zielen des Verbandes stimme ich überein, daher trete ich der DPTV bei.

## Abweichende Postanschrift

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon\*

E-Mail\*

Praxis/Dienststelle 2  Privat

Ort, Datum

Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat\*

Ich ermächtige die DPTV Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DPTV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Mitgliedsnummer (von der DPTV auszufüllen):