

## Beitrittserklärung

Fax: 030 – 235 00 944

Absender/Stempel:

### Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

Am Karlsbad 15

10785 Berlin

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

### Ja, ich will Mitglied der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung werden.

Bitte nehmen Sie mich auf als

**ordentliches Mitglied**

regulär (Jahresbeitrag 350 €)

neuapprobiert (Beitrag im Kalenderjahr der Approbation frei; im ersten Kalenderjahr nach der Approbation 175 Euro, danach Jahresbeitrag 350 €)

Ehepartner eines Mitglieds (Jahresbeitrag 50 €)

**Fördermitglied**, d.h. natürliche u. jur. Personen, die sich für die Belange der Psychologischen Psychotherapeuten/innen u. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen einsetzen (Jahresbeitrag mindestens 155 €)

**assoziertes Mitglied**, d.h. Studierende der Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik (beitragsfrei) oder Psychotherapeut/-in in Ausbildung (PiA) (beitragsfrei)

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_ voraussichtliches Ausbildungsende: \_\_\_\_\_

Eine Kopie der Approbationsurkunde, Ausbildungsbestätigung oder Studienbescheinigung ist beigelegt. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag des Folgemonats. Im Eintrittsjahr wird der Beitrag nach Mitgliedsmonaten berechnet, der Mindestbeitrag beträgt 30,00 €/Jahr.

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift)

### Information zur aktuellen Berufstätigkeit:

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 .....

---

### Erteilung einer Einzugserlaubnis

Der Mitgliedsbeitrag soll widerruflich von meinem Konto per Lastschrift abgebucht werden:

Bank/Institut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: