

Anmeldung zur Fortbildung
nach §6 (4) Psychotherapievereinbarungen –
Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Name, Vorname:

geb. am.:

Anschrift:

Tel.:

E-Mail:

Dienstanschrift:

Tel:

E-Mail:

Unter welcher Adresse sind Sie wann am besten zu erreichen?

Dienstanschrift:

Privat:

Approbation: (bitte legen Sie eine Kopie bei)

Datum : _____

ausstellende Behörde: _____

Vertiefungsfach: _____

Berufstätigkeit:

(bitte stellen Sie Ihren beruflichen Werdegang dar sowie Ihre momentane Tätigkeit)

Falls Sie noch in der Ausbildung zur*m Psychologischen Psychotherapeut*in sind, geben Sie bitte an, an welchem Institut und in welchem Abschnitt der Ausbildung:

Die Verwaltungsgebühr wird unmittelbar nach Vertragsabschluss fällig. Die Gebühren für die Seminare jeweils 30 Tage vor dem Termin.

Datum: _____

Unterschrift: _____