ÖBVP
Österreichischer Bundesverband
für Psychotherapie

ANSUCHEN UM AUFNAHME

in die Liste der PsychotherapeutInnen mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie (SKJ-PTh)

Titel/Nachname/Vorname/Geburtsdatum

Praxis-Anschrift

Tel.-Nr./Email-Adresse

Zertifikat als SKJ-Psychotherapeut (als Beilage anzuschließen)

ausgestellt von/m, am

Einverständniserklärung für die Listenführung ***(Seite 2) bitte extra unterfertigen***

Unterschrift / Datum

---

angenommen O am _____

abgelehnt O am _____

Hiermit erkläre ich,....., mich damit einverstanden, dass vom ÖBVP meine Daten veröffentlicht werden und ich in der Liste der PsychotherapeutInnen mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie des ÖBVP namentlich geführt werde.

....., am.....

Unterschrift: ..... .