



PsyNet e.V.
Springstr. 11
45657 Recklinghausen

Geschäftsstelle

Springstraße 11
45657 Recklinghausen

Fon: 02361 / 3068872
Fax: 02361 / 5822589
E-Mail: kontakt@psynet-ev.de

Aufnahmeantrag

- bitte per Post zusenden-

Hiermit beantrage ich

Name	Titel
Straße	PLZ, Ort
Geb. Datum	Fon
E-Mail	Fax

die Mitgliedschaft im Verein **PsyNet e.V.** mit Vereinssitz in Recklinghausen als

ordentliches Mitglied
(approbiert u. niedergelassen im Kreis RE
oder angestellt in einer Praxis im Kreis RE)

assoziiertes Mitglied
(approbiert u. keine Niederlassung im Kreis RE)

Der Beitrag wird für ein Jahr im Voraus erhoben. Zurzeit beträgt der Jahres-Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder 120,00€ und für assoziierte Mitglieder 60,00€. Bei Eintritt im 2. Halbjahr wird der halbe Jahresbeitrag fällig. Bei einer Fördermitgliedschaft beträgt der Mitgliedsbeitrag für natürliche Personen mindestens 30,00€ und für juristische Personen mindestens 300,00€ im Jahr. Bei Eintritt wird eine Verwaltungspauschale in Höhe von 30,00€ fällig. Die Satzung und Beitragsordnung in der aktuellen Fassung vom 29.01.2025 habe ich zur Kenntnis genommen.

Einzugsermächtigung:

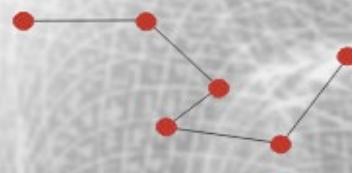
Hiermit ermächtige ich PsyNet e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines u. g. Girokontos durch Lastschrift einzuziehen:

IBAN	BIC	Name und Sitz des Kreditinstitutes

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Mit der ersten Abbuchung wird die Mitgliedschaft angenommen.

Datum

Unterschrift



Mitglieder Datenblatt

(bitte zusammen mit der Anmeldung und einem Foto an die Geschäftsstelle senden)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Privat (nur zum internen Gebrauch)

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Mobil Nr.: _____

Email : _____

Praxis (Informationen, die nicht auf der PsyNet Webseite veröffentlicht werden sollen bitte in Klammern setzen)

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax Nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

Email: _____

Homepage: _____

Sprechzeiten: _____

Sonstige Praxisangebote: _____

Therapeutische Schwerpunkte: _____

Sprachen: _____

Approbation als: (Bitte die Approbationsurkunde in Kopie beifügen)

Psychologische/r
Psychotherapeut

Ärztliche/r
Psychotherapeut

Kinder- u. Jugendlichen
Psychotherapeut

KV-Zulassung

Ja Nein:

Zugelassen für: (KV) / für Privatversicherte oder Selbstzahler wird angeboten (Priv.)

Priv. KV

Erwachsene
 VT
 Hypnose
 Meditation

Priv. KV

Kinder u. Jugendliche
 TP
 Autogenes Training
 Supervision

Priv. KV

Gruppen
 PA
 EMDR
 Paartherapie

Priv. KV

Praxisform

Einzelpraxis
 ohne Angestellte
 mit Angestellten

Praxengemeinschaft mit:

Gemeinschaftspraxis mit:

Datum:

Unterschrift: