

- DtGAP -

Deutsche Gesellschaft für Anthroposophische Psychotherapie e.V.

Name:

Vorname:

.....

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Gesellschaft für Anthroposophische Psychotherapie (DtGAP) e.V. als

Ordentliches Mitglied

Ordentliche Mitglieder können approbierte ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten werden. Auf Antrag prüft der Vorstand ob eine ordentliche Mitgliedschaft zuerkannt werden kann für psychotherapeutisch Tätige mit wissenschaftlichem Grundstudium und psychotherapeutischer Zusatzqualifikation (mit dem Nachweis psychopathologischer Kenntnisse).

Außerordentliches Mitglied

Außerordentliche Mitglieder können Studenten von Studiengängen werden, die zu einem der unter § III 1 der Satzung genannten Abschlüssen führen (insbes. Medizin- und Psychologiestudenten) sowie Vertreterinnen anderer Berufsgruppen, die überwiegend psychotherapeutisch arbeiten.

Förderndes Mitglied

Ich bin folgenden Kollegen bekannt _____

Ich bin bereit, einen **Mitgliedsbeitrag** von jährlich EUR zu zahlen. Ordentliche Mitglieder: 300 Euro/Jahr, Studenten: 100 Euro/Jahr, außerordentliche Mitglieder: 150 Euro/Jahr). Fördermitglied: Euro/Jahr. Begründete Ermäßigungen können gewährt werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Teilbeträge davon gemäß der Gesellschaftssatzung und den Beschlüssen der Mitgliederversammlung gegebenenfalls an die Medizinische Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft am Goetheanum, Dornach sowie an Dachorganisationen, denen die Gesellschaft als korporatives Mitglied angehört, weitergeleitet werden.

Zur Vervollständigung der **Mitgliederkartei** mache ich die nachstehenden Angaben, die Sie mit der erforderlichen Vertraulichkeit behandeln wollen:

Berufsbezeichnung: _____

Geburtsdatum: _____

Privatanschrift, Telefon, Telefax, Email: _____

Praxisanschrift , Telefon, Telefax, Email: _____

Kassenpraxis Privatpraxis Klinik

Ich bin mit der Nennung meiner Praxisanschrift bei Patientenfragen einverstanden

Ich bin mit der Nennung meiner Praxisanschrift im Internet einverstanden

Ich habe die Berechtigung zur Weiterbildung in _____

Datum: _____ Unterschrift: _____