

Antragsformular Mitgliedschaft Verein Psychotherapie Zürcher Unterland (psyzu)

Personalien:

Name:

Vorname:

Titel:

Beruf:

Geburtsdatum:

Geschäft:

Bezeichnung:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Mail/Website:

Privat:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Fachverbandsmitgliedschaft (FSP, ASP, SBAP):

Ich möchte auf den Mailverteiler mit Therapieplatzanfragen der ipw:

Ja

Nein

Bitte legen Sie je eine Kopie Ihres Universitäts- oder Hochschulabschlusses und der Bestätigung /des Zertifikats des Psychotherapeutentitels Ihres Fachverbandes bei und schicken Sie es an rahel.sprecher@fsp-hin.ch.

Ort, Datum:

Unterschrift: