



**Ö B V P**

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Mitglied des Europäischen Verbandes für Psychotherapie - EAP  
Member of the World Council for Psychotherapy - WCP

Löwengasse 3/5/6 A-1030 Wien Tel. 01/512 70 90 Fax 01/512 70 91  
E-Mail: oebvp@psychotherapie.at <http://www.psychotherapie.at/oebvp>

## Antrag auf Mitgliedschaft im ÖBVP

verbunden mit der automatischen Mitgliedschaft im zuständigen Landesverband

Ich stelle den Antrag als (bitte nur 1 Wahl ankreuzen)

- ordentliches Mitglied des ÖBVP  
(eingetragene PsychotherapeutIn, PsychotherapeutIn in Ausbildung ab Fachspezifikum)
- außerordentliches Mitglied des ÖBVP  
(AusbildungsteilnehmerIn im Propädeutikum)
- förderndes Mitglied des ÖBVP  
(gilt nicht für eingetragene PsychotherapeutIn)  
aufgenommen zu werden.

Name, Vorname, Titel (DSA, Dr.phil., Dr.med. etc.)

Privatadresse/Tel.:

Praxisadresse/Tel.:

Institution/Tel.:

telefonische Erreichbarkeit.:

E-Mail:

Ich bin

- PsychotherapeutIn, eingetragen in die Psychotherapeutenliste des BM für Soziale Sicherheit und Generationen laut Psychotherapiegesetz.  
Zusatzbezeichnung und Name der Ausbildungseinrichtung

- PsychotherapeutIn in Ausbildung  
Name der Einrichtung für das psychotherapeutische Fachspezifikum

- AusbildungsteilnehmerIn im Propädeutikum  
Name der Einrichtung für das psychotherapeutische Propädeutikum

Sonstiges:

Ich möchte in folgendem Landesverband Mitglied sein:

Kreuzen Sie bitte das Bundesland an, in dem Sie überwiegend Ihre psychotherapeutische Tätigkeit ausüben (eine Wahl).

- |                                   |   |                                     |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wien     | <input type="checkbox"/> Niederösterreich | <input type="checkbox"/> Burgenland |
| <input type="checkbox"/> Salzburg | <input type="checkbox"/> Oberösterreich   | <input type="checkbox"/> Steiermark |
| <input type="checkbox"/> Kärnten  | <input type="checkbox"/> Tirol            | <input type="checkbox"/> Vorarlberg |

Die Mitgliedschaftsbedingungen des ÖBVP habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_