

# GNP-Mitgliederdaten-Aktualisierung

Bitte ausfüllen und umgehend - innerhalb von 14 Tagen - zurück senden an:

**Gesellschaft für Neuropsychologie e. V.**  
**- Geschäftsstelle –**  
**Postfach 11 05**  
**36001 Fulda**

**oder Fax:**  
**06 61/9 01 96 92**

Sehr geehrtes Mitglied!

Damit wir einen Abgleich der Mitgliederdaten vornehmen können, richten wir uns an Sie mit der Bitte, Ihre hier registrierten Angaben zu überprüfen, ggf. zu ändern oder zu ergänzen. Bitte senden Sie Ihre Meldung innerhalb von 14 Tagen an uns zurück. Ihre korrekten Daten sind neben der berufspolitischen Arbeit des Vorstandes unter anderem auch für den Versand der Zeitschrift für Neuropsychologie sehr wichtig. Für die fristgemäße Rücksendung bedanken wir uns.

*Ihr GNP-Team*

Bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen. Danke!

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
<b>geb.:</b>		<b>Geb.-Datum:</b>	
<b>Geb.-Ort:</b>		<b>Akad. Grad:</b>	
<b>Titel:</b>		<b>Studienabschluss/ Studium an Hochschule:</b>	
<b>Ausgeübter Beruf:</b>	<input type="checkbox"/> Diplom-Psychologe/in <input type="checkbox"/> .....	<b>Approbation:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Angestrebt als <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in am ..... <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am ..... <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin am .....
<b>Korrespondenzanschrift:</b>	<input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Firmenadresse		

Ich stehe als **Erbringer/in ambulanter Behandlung** zur Verfügung:  Ja  Nein  
 Ich möchte in die **Behandlerliste aufgenommen werden**:  Ja (Vordruck erhältlich unter „www.gnp.de“ oder bei Geschäftsstelle);  Nein

Ich bin mit der **Weitergabe und der Veröffentlichung meiner Daten im mitgliedergeschützten Bereich der GNP-Homepage**  
 Privatadresse (inkl. Telefon, Fax, Email)  Firmenadresse (inkl. Telefon, Fax, Email)  einverstanden  nicht einverstanden.

Ich bin mit der **Weitergabe meiner Daten für berufspolitische Zwecke der GNP an Fachverbände, Kostenträger etc.**  
 einverstanden  nicht einverstanden. Die Datenweitergabe erfolgt, wenn nicht schriftlich widersprochen worden ist!

**Klinische/r NeuroPsychologin/e GNP:**  Ja, seit .....  Nein

**Einverständniserklärung KNP** (Bitte nur ausfüllen, wenn Sie KNP sind):

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name u. meine Anschrift in der Zeitschrift für Neuropsychologie als zertifizierte/r Klinische/r Neuropsychologin/e publiziert wird:  
 Ja  Nein

Ich bin bereit, als Gutachter/in für Belange der GNP (Zertifizierung/Akkreditierung) tätig zu sein:  Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name u. meine Anschrift an bzgl. neuropsychologischen Informationen u. Dienstleistungen Interessierte (z. B. Kostenträger, Medien) weitergegeben wird:  Ja  Nein

<b>Firma:</b>		<b>Abteilung:</b>	
<b>Straße:</b>		<b>PLZ, Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>		<b>Telefax:</b>	
<b>E-Mail:</b>		<b>Internet:</b>	
<b>Bundesland/Land:</b>			Selbständig <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/>

<b>Privat</b>		<b>PLZ, Ort</b>	
<b>Straße:</b>		<b>(Ausland):</b>	
<b>Telefon:</b>		<b>Telefax:</b>	
<b>E-Mail:</b>		<b>Internet:</b>	

<b><u>Bankverbindung</u></b>		<b>Kontoinhaber, wenn</b>	
<b>Name/Ort der Bank:</b>		<b>abweichend von Mitglied:</b>	
<b>Konto-Nr.:</b>		<b>BLZ:</b>	

<b>Bemerkung /Hinweis:</b>	
----------------------------	--

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_