

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!

Name:	Vorname:
geb.:	Geb.-Datum:
Geb.-Ort:	Akad. Grad:
Titel:	Studienabschluss/ Studium an Hochschule:
Ausgeübter Beruf:	Approbation: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Angestrebte / <input type="checkbox"/> in Ausbildung als <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in am <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin am (Nachricht an GNP erbeten, wenn Approbation vorliegt!)
Korrespondenzanschrift: <input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Firmenadresse	Ich habe eine Fachkunde in einem Richtlinienverfahren, die mich zur Zulassung zur ärztlichen Versorgung berechtigt? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> nein, aber ich befinde mich in der Ausbildung (welche?)..... <input type="checkbox"/> nein, aber ich plane eine Ausbildung (welche?)..... <input type="checkbox"/> ja, tiefenpsychologisch <input type="checkbox"/> ja, psychoanalytisch <input type="checkbox"/> ja, verhaltenstherapeutisch
Ich stehe als Erbringer/in ambulanter Behandlung zur Verfügung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich möchte in die Behandlerliste aufgenommen werden: <input type="checkbox"/> Ja (Vordruck erhältlich unter „www.gnp.de“ oder bei Geschäftsstelle); <input type="checkbox"/> Nein	
Ich bin mit der Weitergabe und der Veröffentlichung meiner Daten im mitgliedergeschützten Bereich der GNP-Homepage <input type="checkbox"/> Privatadresse (inkl. Telefon, Fax, Email) <input type="checkbox"/> Firmenadresse (inkl. Telefon, Fax, Email) <input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden.	
Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten für berufspolitische Zwecke der GNP an Fachverbände, Kostenträger etc. <input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden. Die Datenweitergabe erfolgt, wenn nicht schriftlich widersprochen worden ist!	
Klinische/r NeuroPsychologin/e GNP: <input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> in Ausbildung <u>Einverständniserklärung KNP</u> (Bitte nur ausfüllen, wenn Sie KNP sind): Ich bin damit einverstanden, dass mein Name u. meine Anschrift als KNP in öffentlichen Registern der GNP (z.B. Homepage, Zeitschrift f. Neuropsychologie) publiziert wird: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin bereit, als Gutachter/in für Belange der GNP (Zertifizierung/Akkreditierung) tätig zu sein: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin damit einverstanden, dass mein Name u. meine Anschrift an bzgl. neuropsychologischen Informationen u. Dienstleistungen Interessierte (z. B. Kostenträger, Medien) weitergegeben wird: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Supervisor/in GNP: <input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein <u>Einverständniserklärung Supervisor/in</u> (Bitte nur ausfüllen, wenn Sie Supervisor sind): Ich bin damit einverstanden, dass mein Name u. meine Anschrift in als Supervisor/in GNP in öffentlichen Registern der GNP (z.B. Homepage, Zeitschrift f. Neuropsychologie) publiziert wird: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin bereit, als Gutachter/in „Supervisor/in GNP“ tätig zu sein: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin damit einverstanden, dass mein Name u. meine Anschrift an bzgl. neuropsychologischen Informationen u. Dienstleistungen Interessierte (z. B. Kostenträger, Medien) weitergegeben wird: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Firma:	Abteilung:
Straße:	PLZ, Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Internet:
Bundesland/Land:	Selbständig <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/>
Privat Straße:	PLZ, Ort (Ausland):
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Internet:
Bankverbindung Name/Ort der Bank:	Kontoinhaber, wenn abweichend von Mitglied:
Konto-Nr.:	BLZ:
Bemerkung /Hinweis:	

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____