

GNP-Mitgliederdaten-Aktualisierung

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

Gesellschaft für Neuropsychologie e. V.
- Geschäftsstelle –
Nikolausstraße 10 36037 Fulda

oder Fax:
06 61/9 01 96 92

Sehr geehrtes Mitglied!

(Stand: 13.11.25)

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. Ihre korrekten Daten sind neben der berufspolitischen Arbeit des Vorstandes unter anderem auch für den Versand der Zeitschrift für Neuropsychologie sehr wichtig.

Ihr GNP-Team

Bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen. Danke!

Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Geb.-Datum:	
Geb.-Ort:		Akad. Grad:	
Titel:		Studienabschluss/ Studium an Hoch- schule:	
Ausgeübter Beruf:	☐ Diplom-Psychologe/in ☐ PP ☐ KJP ☐ Arzt/Ärztin ☐	Approbation: ☐ Ja / ☐ Nein / ☐ Angestrebt / ☐ in Ausbildung als ☐ Psychologische/r Psychotherapeut/in am ☐ Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am ☐ Arzt/Ärztin am (Nachricht an GNP erbeten, wenn Approbation vorliegt!)	
Ich habe eine Fachkunde in einem Richtlinienverfahren, die mich zur Zulassung zur ärztlichen Versorgung berechtigt? ☐ nein ☐ nein, aber ich befinde mich in der Ausbildung (welche?)..... ☐ nein, aber ich plane eine Ausbildung (welche?)..... ☐ ja, tiefenpsychologisch ☐ ja, psychoanalytisch ☐ ja, verhaltenstherapeutisch			
Korrespondenzanschrift:	☐ Firma ☐ Privat	Mitglieds-Nr./-Status.:	

Ich stehe als **Erbringer/in ambulanter Behandlung** zur Verfügung:

Informationen zum Eintrag in die („Behandlerliste“) finde ich unter www.gnp.de/behandlerliste.

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, Bildungsanbieter, Kostenträger etc.**

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden. Die Datenweitergabe erfolgt, wenn nicht schriftlich widersprochen worden ist!

☐ Mit der **Speicherung meiner Daten durch die GNP e. V.** bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu Vereinszwecken verwendet; wenn nicht obenstehend anders eingewilligt. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Klinische/r NeuroPsychologin/e

Einverständniserklärung KNP (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: ☐ 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

Supervisor/in GNP:

Einverständniserklärung Supervisor/in (Bitte nur ausfüllen, wenn Sie Supervisor sind):

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name u. meine Privat-/Firmen- (Nicht Zutreffendes bitte streichen) Anschrift in als Supervisor/in GNP in öffentlichen Registern der GNP (z.B. Homepage, Zeitschrift f. Neuropsychologie) 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 Privat-/Firmen- (Nicht Zutreffendes bitte streichen) Anschrift an bzgl. neuropsychologischen Informationen u. Dienstleistungen Interessierte (z. B. Kostenträger, Medien) weitergegeben wird: ☐ Ja ☐ Nein

Firma:		Abteilung:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Internet:	
Bundesland/Land:		SELBSTÄNDIG: ☐ ANGESTELLTE/R: ☐ RUHESTAND: ☐	
Privat		PLZ, Ort	
Straße:		(Ausland):	
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Internet:	
Bemerkung /Hinweis:			

Ich habe die GNP ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag im SEPA-Lastschriftverfahren einzuziehen. Meine Bankverbindung hat sich nicht geändert. Bei Änderung erteile ich ein neues SEPA-Basislastschriftmandat (Formular erhältlich unter <https://www.gnp.de/ueber-uns/mitgliedschaft>)

Hinweis: Mitglieder, bei denen keine deutsche Bankverbindung vorliegt, erhalten automatisch eine Beitragsrechnung.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____