

BITTE SENDEN AN:

EMDR Netzwerk Österreich  
A-1140 Wien  
Penzingerstraße 52/7  
Fax: 01/897 26 16-13

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei „EMDR-Netzwerk Österreich – Fachgesellschaft für spezifische Traumatherapie“.

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Grundberuf: \_\_\_\_\_

Psychotherapeutische Ausbildung(en) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Absolvierte Ausbildungsschritte im EMDR:  
(Bitte Zertifikate bzw. Bestätigungen in Kopie beilegen)

	Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

AusbildnerInnen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich beantrage folgende Art der Mitgliedschaft:

- ordentliche Mitgliedschaft
- außerordentliche Mitgliedschaft

Ort, Datum

Unterschrift