



Fachverband Lifespan Integration® Schweiz

Beitrittsgesuch

Angaben mit * erscheinen im Therapeut*innen-Verzeichnis auf der Website

*Name:	*Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> anderes
Nationalität:	
Privatadresse:	
*Praxisadresse:	
*Tel. Geschäft:	Tel. privat:
*Email:	*Website:
*Berufsbezeichnung:	Lehrinstitut, Jahr:
*Fachtitel:	Psychotherapie-Weiterbildung, Jahr:
LI Level 1: Ort und Datum	
LI Level 2: Ort und Datum	
LI Level 3: Ort und Datum:	
Systemische LI: Ort und Datum:	
Wurde ein Verfahren einer Berufsordnungskommission eines Berufsverbandes (im In- oder Ausland) gegen Sie eingeleitet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Statuten und bestätige die Richtigkeit aller Angaben. Ort, Datum: Unterschrift:	