

APS

Addiction Psychology Switzerland
Schweizerische Vereinigung Suchtpsychologie
Association Suisse de Psychologie des Addictions
Associazione Svizzera di Psicologia delle Dipendenze

www.addictionpsychology.ch

Antrag auf Mitgliedschaft APS *

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: w m Nationalität:.....

Privatadresse

Berufsadresse

Institution:.....

Strasse: Strasse:

PLZ/Ort: PLZ/Ort:

Tel.: Tel.:

Mobile: Mobile:

Email: Email:

Website: Website:

Korrespondenz/email an: Privatadresse Berufsadresse

In: deutscher französischer Sprache

AUSBILDUNG IN PSYCHOLOGIE / MITGLIEDSCHAFT IN ANDEREN VERBÄNDEN

Titel / Diplom Jahr:.....

Name Universität/Fachhochschule..... Land:.....

Ich bin bereits FSP-Mitglied ja nein

Wenn ja: via Gliedverband FSP (Name):

Ich bin Mitglied folgender anderer Verbände:

.....

Fachtitel (Eidg., FSP, Zusatzqualifikation/ andere):.....

.....

Postgraduale Weiterbildung/ Fortbildung in:

.....

