·A·S·P·
Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Association Suisse des Psychothérapeutes
Associazione Svizzera delle Psicoterapeute e degli Psicoterapeuti
Associaziun Svizra dals Psicoterapeuts

Riedtlistrasse 8 | CH-8006 Zürich | Telefon +41 43 268 93 00 | www.psychotherapie.ch

Beitrittserklärung zum IV-Vertrag für Personen in Weiterbildung

Zwischen BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) und ASP

Ich wünsche dem Vertrag zwischen der IV und der ASP beizutreten.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Heimatort:

Strasse:

PLZ, Ort: Kanton:

Telefon: E-Mail:

Persönliche GLN-Nummer:

Anleitende Fachperson / Praxisadresse

Name: Vorname:

Telefon: E-Mail:

Strasse:

PLZ, Ort: Kanton:

Die anleitende Fachperson ist bereits Mitglied des IV-Vertrags: ☐ ja ☐ nein

Die Beitrittserklärung umfasst:

1. Kopie des Personalausweises
2. Kopie des Anstellungsvertrags bei der anleitenden Fachperson
3. Kopie des Weiterbildungsvertrages
4. *Für Nicht-Mitglieder:* Kopie des Hochschulabschlusses in Psychologie (Master inkl. Diploma Supplement), inkl. Nachweis, dass Psychopathologie & klinische Psychologie belegt wurde
5. *Für Nicht-Mitglieder:* PsyKo Bestätigung, falls Studium im Ausland absolviert wurde

*Nur auszufüllen, wenn Sie **nicht** Mitglied der ASP sind:*

Grundstudium (Psychologiestudium einschliesslich Psychopathologie)

Universität/Hochschule (Bitte Hochschule, Fachrichtung(en), Ort, Beginn und Abschlussjahr angeben):

Weiterbildung (in der Schweiz ordentlich akkreditiertes Weiterbildungsinstitut)

Name des Weiterbildungsinstitutes:

Meine psychotherapeutische(n) Weiterbildungsrichtung(en):

Beginn Ihrer Weiterbildung:

Voraussichtliches Ende Ihrer Weiterbildung:

Bearbeitungsgebühr:
Die Bearbeitungsgebühr beträgt CHF 200.-
Den Betrag von CHF 200.- habe ich am _____ auf das PC-Konto der ASP (IBAN: CH03 0900 0000 8004 2672 9) überwiesen.

Ich verfüge über eine persönliche GLN-Nummer.

Ich erbringe meine Leistungen in einem Anstellungsverhältnis unter Verantwortung und Aufsicht von dazu berechtigten psychologischen Psychotherapeuten (anleitende Fachperson).

Ich bin bis zur Erlangung des eidgenössisch anerkannten Abschlusses an einer gemäss KVG akkreditierten Weiterbildungsstätte eingeschrieben.

Ich habe den IV-Vertragstext zur Kenntnis genommen und stimme diesem zu.

Ort & Datum: Unterschrift:

Bitte dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben an das ASP-Sekretariat zurücksenden. Danke!