

Erklärung zur Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 5 Heilberufsgesetz

Kenn-Nummer: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich

<input type="checkbox"/>	über einen ausreichenden Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung zu verfügen.
<input type="checkbox"/>	über einen ausreichenden Deckungsschutz durch eine Betriebshaftpflichtversicherung zu verfügen.
<input type="checkbox"/>	als Angestellte/r /Beamte/r über meinen Arbeitgeber/in/Dienstherr/in versichert zu sein.
<input type="checkbox"/>	meinen psychotherapeutischen Beruf nicht auszuüben.

Bitte reichen Sie keine Versicherungsunterlagen, Bescheinigungen o.ä. ein!

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Rücksendung an:
Psychotherapeutenkammer
Nordrhein-Westfalen
Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 52 28 47 -0
Fax: 0211 - 52 28 47 -15
E-Mail: info@ptk-nrw.de