

Mitglied:	Kenn-Nummer:
Anschrift	

Psychotherapeutenkammer NRW
Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf

Hiermit erkläre ich, _____
(Name, Vorname)

- * über einen ausreichenden Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung zu verfügen
- * über einen ausreichenden Deckungsschutz durch eine Betriebshaftpflichtversicherung zu verfügen
- * als Angestellte/r /Beamte/r über meinen Arbeitgeber/in/Dienstherr/in versichert zu sein
- * meinen psychotherapeutischen Beruf nicht auszuüben.

**) Zutreffendes Feld bzw. Felder bitte ankreuzen.
Sollten bei Ihnen Änderungen in der Art der Versicherung eintreten,
geben Sie uns dies bitte unverzüglich an.*

Ort Datum Unterschrift