



Wahl zur 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW für die Wahlperiode 2019-2024

Wahlvorschlag-Liste

Name (Kennwort*): _____

für die Berufsgruppe PP (Psychologische Psychotherapeuten) KJP (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)
 (Entsprechendes bitte ankreuzen)

Wahlkreis Regierungsbezirk Münster

	Familienname	Vorname	Privatanschrift	Berufsbezeichnung (PP/KJP) ggf. Bezeichnung nach § 33 HeilBerG (Bezeichnung nach WBO)	Art der Berufsausübung (Entsprechendes bitte ankreuzen)	Ort der Berufsausübung
1.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	

* siehe § 11 (1) Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern: "[...] Ein Listenwahlvorschlag muss eine Kurzbezeichnung (Kennwort) enthalten, die bis zu fünf Wörter umfassen darf. Die Kurzbezeichnung darf nicht den Namen einer Partei im Sinne von Artikel 21 des Grundgesetzes oder deren Kurzbezeichnung enthalten. Sie darf nicht eine Ziffer, eine Zahl oder einen einzelnen Buchstaben enthalten."

Anschrift, an die die Wahlunterlagen gesandt werden müssen:

Herrn Dipl.-Psych. Josef Rath, Wahlleiter Regierungsbezirk Münster,
 Psychotherapeutenkammer NRW, Willstätterstr. 10, 40549 Düsseldorf

Frist: Eingang bei dem/der Wahlleiter/in unter der o.g. Adresse bis spätestens Montag, den 25. März 2019, 18:00 Uhr

	Familienname	Vorname	Privatanschrift	Berufsbezeichnung (PP/KJP) ggf. Bezeichnung nach § 33 HeilBerG (Bezeichnung nach WBO)	Art der Berufsausübung (Entsprechendes bitte ankreuzen)	Ort der Berufsausübung
2.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
3.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
4.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
5.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
6.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	

	Familienname	Vorname	Privatanschrift	Berufsbezeichnung (PP/KJP) ggf. Bezeichnung nach § 33 HeilBerG (Bezeichnung nach WBO)	Art der Berufsausübung (Entsprechendes bitte ankreuzen)	Ort der Berufsausübung
7.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
8.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
9.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
10.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
11.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	

	Familienname	Vorname	Privatanschrift	Berufsbezeichnung (PP/KJP) ggf. Bezeichnung nach § 33 HeilBerG (Bezeichnung nach WBO)	Art der Berufsausübung (Entsprechendes bitte ankreuzen)	Ort der Berufsausübung
12.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
13.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
14.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
15.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
16.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	

	Familienname	Vorname	Privatanschrift	Berufsbezeichnung (PP/KJP) ggf. Bezeichnung nach § 33 HeilBerG (Bezeichnung nach WBO)	Art der Berufsausübung (Entsprechendes bitte ankreuzen)	Ort der Berufsausübung
17.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
18.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
19.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
20.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
21.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	

	Familienname	Vorname	Privatanschrift	Berufsbezeichnung (PP/KJP) ggf. Bezeichnung nach § 33 HeilBerG (Bezeichnung nach WBO)	Art der Berufsausübung (Entsprechendes bitte ankreuzen)	Ort der Berufsausübung
22.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
23.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
24.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
25.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
26.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	

	Familienname	Vorname	Privatanschrift	Berufsbezeichnung (PP/KJP) ggf. Bezeichnung nach § 33 HeilBerG (Bezeichnung nach WBO)	Art der Berufsausübung (Entsprechendes bitte ankreuzen)	Ort der Berufsausübung
27.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
28.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
29.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	
30.				<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> _____ _____	<input type="checkbox"/> niedergelassen/ selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt/ beamtet <input type="checkbox"/> ohne psychoth. Berufstätigkeit	