



Berufsverband für Beratung,  
Pädagogik & Psychotherapie e. V.  
Schubbenweg 4  
52249 Eschweiler

TEL +49 2403 83 90 59  
MAIL kontakt@bvppt.org  
WEB www.bvppt.org

## Antrag auf Mitgliedschaft im BVPPT

für Interessen\*innen,

die ihre Qualifikation nicht bei einem der kooperierenden Institute erworben haben

Zur Weiterleitung an den Aufnahmeausschuss des BVPPT

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Akad. Titel

\_\_\_\_\_  
Berufsgrundausbildung/Studium

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon/Email

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Titel der Weiterbildung

\_\_\_\_\_  
Weiterbildungsinstitut

\_\_\_\_\_  
Zertifikat-Datum

Stundenumfang der Weiterbildung:

darin enthalten:

Selbstlerneinheiten:

Einzelstunden Beratung:

Lehrsupervision:

Praxis-Stunden und Einsatzbereich:

### Meinem Antrag füge ich bei:

- Lebenslauf
- Kopie höchster Berufsabschluss/Studienabschluss
- Curriculum der Weiterbildung
- Kopie Abschluss-Arbeit
- Kopie Abschluss-Zeugnis/Zertifikat
- Kopie zusätzlicher Zertifikate/Beratungskompetenzen

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift