

**Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden oder an 215 70 78 faxen
oder einfach abspeichern und per eMail an info@mann-o-meter.de**

Mann-O-Meter e.V.
AG Info
Bülowstr. 106
10783 Berlin



INFODATENBANK

Mann-O-Meter e.V. - Bülowstr. 106 - 10783 Berlin
Tel. (030) 216 80 08 Fax (030) 215 70 78
eMail: info@mann-o-meter.de <http://www.mann-o-meter.de>

Als Berlins schwuler Checkpoint sind wir bemüht, unsere Datenbank stets auf dem aktuellsten Stand zu halten. Nur so können wir unsere Nutzer (monatlich mehr als 1.200 Menschen) mit den neusten Informationen versorgen. Gern würden wir Sie/Dich mit Ihrem/Deinem Angebot in unserer Datenbank mit aufnehmen. Hierzu bitten wir, uns den folgenden Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück zu senden, zu faxen oder zu mailen an info@mann-o-meter.de.

Neuaufnahme **Änderung eines Datensatzes**

Name:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
eMail:	http://
Angebot:	
Preise:	Öffnungszeiten:
U-/S-Bahn: (Nr.+ Station)	Bus/Tram: (Nr. + Station)

Die Datenbank steht online auf unserer Homepage unter www.mann-o-meter.de/db jedem zur Verfügung. Mit der Speicherung und Veröffentlichung obiger Daten erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift
(entbehrlich, wenn gespeicherte PDF per mail gesendet wird)

Falls Sie Psychologe/in oder Psychotherapeut/in sind, möchten wir Sie bitten, auch noch die nächste Seite auszufüllen.

**Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden oder an 215 70 78 faxen
oder einfach abspeichern und per eMail an info@mann-o-meter.de**

Mann-O-Meter e.V.
AG Info
Bülowstr. 106
10783 Berlin



INFODATENBANK

Mann-O-Meter e.V. - Bülowstr. 106 - 10783 Berlin
Tel. (030) 216 80 08 Fax (030) 215 70 78
eMail: info@mann-o-meter.de <http://www.mann-o-meter.de>

Sie sind in unserer Datenbank auf unserer website www.mann-o-meter.de als Psychologe/in / Psychotherapeut/in eingetragen bzw. möchten eingetragen werden.. Um unseren Nutzern einen bestmöglichen Informationsservice zu bieten, möchten wir Sie bitten, uns dabei zu unterstützen und noch einige weitere Angaben zu Ihrem Leistungsangebot zu machen:

Name: _____

Haben Sie eine Kassenzulassung? Ja Nein

Sind Sie ein(e) Psychologische(r) Psychotherapeut/in? Ja Nein

Welche Fachrichtungen bieten Sie an?

Tiefenpsychologische Therapie Analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie

andere: _____