

per Fax an: **0761 – 7072163**
 per E-Mail: **bvvp-bw@bvvp.de**
 oder per Post an:

bvvp Baden-Württemberg e.V.
Postfach 61 21
79037 Freiburg

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim bvvp Baden-Württemberg e.V.

Titel _____ Nachname _____

Vorname _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____.____._____

Praxisanschrift/Beschäftigungsstelle (Straße, Nr.) _____

PLZ - Ort _____ Telefon _____

E-Mail _____ Fax _____

Zugehörig zur KV _____ Niederlassung seit (TT.MM.JJJJ) _____.____._____ Approbation seit (TT.MM.JJJJ) _____.____._____

Berufsgruppe:	<input type="checkbox"/> Arzt/ÄrztIn <input type="checkbox"/> PsychologIn <input type="checkbox"/> (Sozial-)PädagogIn	<input type="checkbox"/> PsychotherapeutIn in Aus- oder Weiterbildung (PiA/PiW)* <input type="checkbox"/> Studierende (Uni) mit dem Berufsziel „Psychotherapie“* <input type="checkbox"/> Ausbildungsende ca. (TT.MM.JJJJ) _____.____._____				
Zulassung als:	<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere GebietsärztInnen		
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r PsychotherapeutIn (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> NeuropsychologIn		
Status:	Innerhalb der vertragspsycho-therapeutischen Versorgung: <input type="checkbox"/> Niedergelassen eigener Sitz <input type="checkbox"/> Niedergelassen Jobsharing-Partnerschaft <input type="checkbox"/> Angestellt in Praxis (z.B. Jobsharing, Sicherstellungsassistenten) <input type="checkbox"/> Angestellt im MVZ <input type="checkbox"/> Ermächtigt bis (TT.MM.JJJJ) _____.____._____			Außerhalb der vertragspsycho-therapeutischen Versorgung: <input type="checkbox"/> Angestellt in Institutsambulanz <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Rehaklinik <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden:	<input type="checkbox"/> PsAn	<input type="checkbox"/> TPfPt	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> SysTh.	<input type="checkbox"/> NeuroPsych	
Abrechnungsgenehmigung für:	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erw. Einzel <input type="checkbox"/> Erw. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erw. Einzel <input type="checkbox"/> Erw. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erw. Einzel <input type="checkbox"/> Erw. Gruppe	<input type="checkbox"/> Erw. Einzel <input type="checkbox"/> Erw. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erw. Einzel <input type="checkbox"/> Erw. Gruppe	

* bis Ende ihrer Ausbildungs- bzw. Weiterbildungszeit beitragsfrei. Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter: <https://bvvp-bw.de/ueber-uns/unsere-satzung>) in der derzeit gültigen Fassung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für verbandsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und berufspolitische Informationen per E-Mail zugesandt werden.

Für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags in der jeweils gültigen Höhe erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat.

Der Einzug des Beitrags erfolgt jeweils zur Hälfte im 1. und 3. Quartal des Geschäftsjahres (bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen). Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig ab dem Monat des Beitritts erhoben.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Baden-Württemberg e.V.
Postfach 61 21
79037 Freiburg im Breisgau

Wiederkehrende Zahlungen

(Gläubiger-Identifikationsnummer)
DE21ZZZ00002274629

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den o.g. bvvp Landesverband (Gläubiger) widerruflich die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der reguläre Beitrag für Vollmitglieder beträgt 450,00 €, er kann auf den jährlichen Mitgliederversammlungen verändert werden. Etwaige Beschlüsse werden zeitnah als Protokoll zugesandt. Näheres ist in einer Beitragsordnung geregelt.

Wenn das angegebene Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen sind bei Lastschriften ausgeschlossen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom bvvp Baden-Württemberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in:

Titel Name Vorname Geburtsdatum

Privatanschrift: Straße PLZ Ort

Kreditinstitut

IBAN
DE

BIC

Datenschutzhinweis:

Ihre Daten werden ausschließlich für den Vereinszweck gesichert und verwendet. Zur Erfüllung unserer Informationspflichten bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verweisen wir im Übrigen auf unsere Datenschutzbestimmungen. Dort finden Sie auch Erläuterungen, wie Sie Ihre Rechte als Betroffener (z.B. Auskunfts-, Berichtigungs- oder Widerspruchsrechte) geltend machen können (<https://www.bvvp-bw.de/datenschutzerklaerung>).