

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

**bvvp Baden-Württemberg e.V.**  
**Kohlerweg 9**  
**79104 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) \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

<b>Berufsgruppe:</b>	<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) _____.____._____				
<b>Zulassung als:</b>	<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		
<b>Status:</b>	<b>Innerhalb</b> 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) _____.____._____			<b>Außerhalb</b> der vertragspsycho-therapeutischen Versorgung: <input type="checkbox"/> Angestellt in Institutsambulanz <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Rehaklinik <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
<b>Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden:</b>	<input type="checkbox"/> PsAn	<input type="checkbox"/> TPfPt	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> SysTh.	<input type="checkbox"/> NeuroPsych	
<b>Abrechnungsgenehmigung für:</b>	<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 im 1. 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.  
Kohlerweg 9  
79104 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>).