

Per Fax 030 – 88 72 59 53
per Mail info@bvvp-berlin.de
oder per Post an:

bvvp-Berlin | M. Bernau | Württembergische Straße 31 | 10707 Berlin

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Berliner Verband der Vertragspsychotherapeuten.

Name _____ Vorname _____

ggf. Titel _____ Geb.-Datum _____

Anschrift(Praxis) _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Zugehörig zur KV* _____ Niederlassung seit (Jahr)* _____ Zulassung seit (Jahr)* _____

Berufsgruppe*:	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> PsychologIn	<input type="checkbox"/> (Sozial-) PädagogIn	<input type="checkbox"/> Studierende/PiA PsychotherapeutIn in Weiterbildung**
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 Psychotherapeut In (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> NeuropsychologIn
Status*:	Innerhalb der vertragspsychotherapeutischen Versorgung: <input type="checkbox"/> Niedergelassen eigener Sitz <input type="checkbox"/> Niedergelassen Jobsharing <input type="checkbox"/> Angestellt in Praxis (z.B. Sicherstellungsassistenz) <input type="checkbox"/> Angestellt im MVZ		Außerhalb der vertragspsychotherapeutischen 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"/> PA	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> Systemische Th.
Abrechnungsgenehmigung für*:	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachs. Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe

*Freiwillige Angaben

** Bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter: <https://bvvp-berlin.de/index.php/satzung.html>) 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, ab 2019 von **400,-€** / Jahr (PiA **0,-€** / Jahr), erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat.

Der Einzug erfolgt jeweils zum Jahresanfang im Voraus für ein Jahr (**bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen**). Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig für die Quartale ab Eintrittsdatum erhoben.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp-Berlin c/o M. Bernau Württembergische Straße 31 10707 Berlin	Wiederkehrende Zahlungen
(Gläubiger-Identifikationsnummer) DE94ZZZ00000912114	Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **Berliner Verband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp-Berlin)** widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. 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 Berliner Verband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp-Berlin) 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
Anschrift: Straße Nr.		PLZ	Ort

<u>Kreditinstitut</u>	
<u>IBAN</u> DE	<u>BIC</u>

Ort _____ Datum _____ Unterschrift (Zahlungspflichtiger) _____

Datenschutzhinweis:

Ihre Daten werden ausschließlich für den Vereinszweck gesichert und verwendet. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem bvvp-Berlin unter den genannten Kontaktdaten widerrufen. 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-berlin.de/index.php/mitglieder.html>]