

per Fax Nr. 02551-4954
 per E-Mail-Anhang an bvvp-no@bvvp.de
 oder per Post an:
 bvvp-No
 Geschäftsstelle
 Annegret Floer
 Sellen 59
 48565 Steinfurt

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten Nordrhein e.V. (bvvp-No).

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
Praxisanschrift:	Straße		PLZ / Ort
E-Mail	Telefon		Fax

Zugehörig	Kassenärztlichen Vereinigung*	Niederlassung seit*	Approbation seit*	
Berufsgruppe*:	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> PsychologIn	<input type="checkbox"/> (Sozial-) PädagogIn <input type="checkbox"/> Studierende/PiA PsychotherapeutIn in Weiterbildung** <input type="checkbox"/> bis voraussichtlich	
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"/> Erwachs. 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 (<https://bvvp-nordrhein.de/images/PDF/bvvp-Nordrhein-Satzung-2020.pdf>) 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. Die Höhe des Mitgliedsbeitrages beträgt derzeit 380 Euro/Jahr, er kann auf der jährlichen Mitgliederversammlung verändert werden. Der Einzug erfolgt jeweils im Februar im Voraus für ein Jahr. Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig (n/12) für die Monate ab Eintrittsdatum im Folgemonat eingezogen.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.,
bvvp Nordrhein e.V.
Schatzmeisterin
c/o Sabine Koch
Hästen 27
42659 Solingen

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE13ZZZ00000601038

Mandatsreferenz: (wird vom bvvp-No ausgefüllt)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Name/Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):

Name Vorname

Anschrift: Straße Nr. PLZ Ort

Kreditinstitut

BIC:

IBAN

DE ____ | ____-____-____ | ____-____-____ | ____-____-____ | ____-____-____ | ____-____

Ort

Datum

Unterschrift Zahlungspflichtige/r

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 Nordrhein 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://bvvp-nordrhein.de/impressum>

Zusätzliche Angaben für unsere Planungen und zu Ihrer Information:

Ich möchte regelmäßige Informationen per E-Mail erhalten (Mitglieder-Rundbriefe und weitere Informationen)
Besondere berufspolitische Interessen und Sachkunde, z.B. für Nachfragen seitens des bvvp?

Sind Sie derzeit an einer aktiven Mitarbeit im bvvp interessiert? ja nein

Wenn ja, in welchen Bereichen? _____

Mitgliedschaft in anderen Berufsverbänden (Name): _____