Sachsen bvvp

per Fax Nr. 0351-3239031 oder per Post an:

bvvp Sachsen e.V. Geschäftsstelle
c/o Frau Dr. Aslaug Sternisko
Rugestr. 11
01069 Dresden

AUFNAHMEANTRAG

KV-Stempel

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp Sachsen e.V.

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
Praxisanschrift:	Straße	PLZ / Ort	
E-Mail		Telefon	Fax
Privatanschrift Straße	PLZ Ort	Privat Telefon	Privat Fax
Zugehörig Kassenärztlichen Vereinigung		Niederlassung seit (Jahr)	Zulassung seit (Jahr)

Tätigkeitsform:

☐ Selbständig ☐ Angestellt ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft
☐ MVZ ☐ Krankenhaus ☐ Beratungsstelle

Berufsgruppe ☐ Arzt ☐ Psychologischer Psychotherapeut (PP) ☐ Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut (KJP)

Zulassung als

☐ Ärztlicher Psychotherapeut
☐ FA für Psychotherapeutische Medizin
☐ FA für Psychosomatik und Psychotherapie
☐ FA für Psychiatrie und Psychotherapie
☐ FA für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie
☐ Andere Gebietsärzte _____
☐ Psychologischer Psychotherapeut (PP)
☐ Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (KJP)

Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden	☐ PsA	☐ TfPT	☐ VT
Abrechnungsgenehmigung für:	☐Kinder Einzel ☐Kinder Gruppe ☐Erwachsene Einzel ☐Erwachsene Gruppe	☐Kinder Einzel ☐Kinder Gruppe ☐Erwachsene Einzel ☐Erwachsene Gruppe	☐Kinder Einzel ☐Kinder Gruppe ☐Erwachsene Einzel ☐Erwachsene Gruppe
Sonstige führungsfähige Gebiete:		**Fremdsprachen:**	

Die Satzung des Verbandes habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner Daten für Vereinszwecke und zur Führung in der Mitgliederdatei des Dachverbandes (gemäß BDSG), bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, Auskunft über diese Daten zu erhalten. Für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags in der jeweils gültigen Höhe (derzeit 390 Euro/Jahr) erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Die Ausführung wird mindestens 2 Tage vorab angekündigt. Der Einzug erfolgt jeweils zum Jahresanfang im Voraus für ein Jahr (**bitte SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 2 ausfüllen**). Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig für die Quartale ab Eintrittsdatum erhoben.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Bitte Seite 2 ebenfalls ausfüllen →

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Sachsen e.V. **Rugestraße 11** **01069 Dresden**	**Wiederkehrende Zahlungen**
(Gläubiger-Identifikationsnummer) **DE68ZZZ00000786579**	**Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt**

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **bvvp Sachsen e.V.** die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **bvvp Sachsen 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

Anschrift: Straße Nr. PLZ Ort

Kreditinstitut	
IBAN **DE**	BIC

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich der bvvp Sachsen e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten

Ort Datum Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

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 andere Berufsverbände (Name) _____