

Per Fax Nr. 030 887 259 53
 per E-Mail: bvvp-brandenburg@bvvp.de
 oder per Post an:
 bvvp-Brandenburg e.V.
 c/o. bvvp Bundesverband
 Württembergische Straße 31
 10707 Berlin

bvvp Brandenburg
 Geschäftsstelle
 c/o. bvvp Bundesverband
 Württembergische
 Straße 31
 10707 Berlin
 Tel. 0177 6575445
 Fax: 030 887 259 53
 bvvp-brandenburg@bvvp.de
 www.bvvp.de

AUFNAHMEANTRAG

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

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
-------	------	---------	--------------

Praxisanschrift:	Straße	PLZ /	Ort
------------------	--------	-------	-----

E-Mail	Telefon	Fax
--------	---------	-----

Zugehörig Kassenärztliche Vereinigung*	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 PsychotherapeutIn (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsy- chotherapeutIn	<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 <input type="checkbox"/> Angestellt in Praxis (z.B. Sicherstellungsassistenz) <input type="checkbox"/> Angestellt im MVZ		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"/> 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"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe

*freiwillige Angaben

** Bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes wird mir auf Wunsch von der Geschäftsstelle zugesandt. 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 (derzeit 360,- €/Jahr) in der jeweils gültigen Höhe erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Prüfen Sie hier, ob eine Ermäßigung in Frage kommt: <https://t1p.de/qkv0g>.

Die Ausführung des Einzugs wird mindestens 2 Tage vorab angekündigt. 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.

Datum Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Brandenburg e.V.
Stephensonstr. 16
14482 Potsdam

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenz werden Ihnen nach Aufnahme mitgeteilt.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **bvvp Brandenburg 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 Brandenburg 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 BIC
DE

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

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 Brandenburg 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.de/datenschutzerklaerung/>]