

Per Mail an: **vvpn@bvvp.de**
per Fax Nr. **_0621/1222590_** oder per Post an:

VVPN – Verband der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden
Geschäftsstelle
Rastatter Straße 16
68239 Mannheim

KV-Stempel

AUFNAHMEANTRAG außerordentliche Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die die Umwandlung meiner ordentlichen Mitgliedschaft in eine außerordentliche Mitgliedschaft im Verband der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden.

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:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selbständig | <input type="checkbox"/> Angestellt | <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft | |
| <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle | |

Berufsgruppe

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut (PP) | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut (KJP) |
|-------------------------------|---|---|

Zulassung als

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut (PP) |
| <input type="checkbox"/> FA für Psychotherapeutische Medizin | <input type="checkbox"/> FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (KJP) |
| <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatik und Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Andere Gebietsärzte | |

Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden	<input type="checkbox"/> PsA	<input type="checkbox"/> TfPT	<input type="checkbox"/> VT
Abrechnungsgenehmigung für:	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel
	<input type="checkbox"/> Kinder Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Gruppe
	<input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel	<input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel	<input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel
	<input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> 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 Mitgliedsbeitrag in der jeweils gültigen Höhe von derzeit 99 Euro/Jahr für Fördermitglieder erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte Seite 2 ebenfalls ausfüllen →

