

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

VVPN – Verband der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden
Geschäftsstelle
Seckenheimer Hauptstr. 113
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 →

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren*

*ab 01.02.2014 EU-weit vorgeschriebenes Verfahren für Zahlungsverkehr

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

VVPN – Verband der Vertragspsychotherapeuten
Nordbaden
Seckenheimer Hauptstr. 113
68239 Mannheim

Wiederkehrende Zahlungen

(Gläubiger-Identifikationsnummer)

DE17ZZZ00000643258

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Verband der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

2. SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verband der Vertragspsychotherapeuten die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband der Vertragspsychotherapeuten 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>

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werde ich über den Einzug in dieser Verfahrenart unterrichten

Ort	Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
-----	-------	------------------------------------