

per Fax 040 - 72692688
 per Mail bvvp-sh@bvvp.de
 oder per Post an:
 Geschäftsstelle bvvp-sh
 c/o Frau Dipl.-Psych. Beate Glüsing
 Stormarnhöhe 23
 21031 Hamburg

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp-Schleswig-Holstein e.V. (bvvp-sh):

Titel _____ Nachname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Praxisanschrift (ggf.)(Straße, Nr.) _____

PLZ - Ort _____ Telefon _____

E-Mail: _____ Fax _____

Zugehörig zur KV¹ _____ Niederlassung seit (Jahr)¹ _____ Approbation seit Jahr)¹ _____

Berufsgruppe¹:	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Psycholog*in	<input type="checkbox"/> (Sozial-) Pädagog*in	<input type="checkbox"/> Studierende/PiA Psychotherapeut*in in Weiterbildung ²
Zulassung als¹:	<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere Gebietsärzt*innen
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut*in (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Neuropsycholog*in
Status¹:	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. Fachkunden¹:	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> Systemische Th.
Abrechnungsgenehmigung für¹:	<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"/> Erwachs. Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe

¹freiwillige Angaben

²Bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter: <https://sh.mein-bvvp.de/satzung-des-bundesverbandes-der-vertragspsychotherapeuten-e-v/>) in der derzeit gültigen Fassung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für verbandsinterne Zwecke elektronisch gespeichert werden. Für den Mitgliedsbeitrag in der jeweils gültigen Höhe erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat.

Der Einzug des Mitgliedsbeitrags erfolgt jeweils zum Jahresanfang im Voraus für ein Jahr (**bitte das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen**).

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Geschäftsstelle bvvp-sh
c/o Frau Dipl.-Psych. Beate Glüsing
Stormarnhöhe 23
21031 Hamburg

Wiederkehrende Zahlungen

(Gläubiger-Identifikationsnummer)
DE48ZZZ00001191817

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den o.g. bvvp-Schleswig-Holstein e.V. (Gläubiger) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Der reguläre Beitrag für Vollmitglieder beträgt derzeit 500,00 €, er kann auf den jährlichen Mitgliederversammlungen verändert werden. Etwaige Beschlüsse werden zeitnah als Protokoll zugesandt. Es gibt Sonderregelungen. Näheres ist in der Beitragsordnung geregelt.

Wenn das angegebene Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen sind bei Lastschriften ausgeschlossen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom bvvp Schleswig-Holstein 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	PLZ	Ort
------------	--------	-----	-----

<u>Kreditinstitut</u>	
<u>IBAN</u> DE	<u>BIC</u>

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-sh 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://www.bvvp-sh.de/j/privacy>]

Freiwillige zusätzliche Angaben für unsere Planungen

Wie sind Sie auf den bvvp aufmerksam geworden? _____