

Büroanschrift: bvvp-Berlin |c/o Münstermann | Rykestraße 28 | 10405 Berlin
 Fon: 030 - 21976244
 Email: info@bvvp-berlin.de | Internet : www.bvvp-berlin.de

AUFNAHMEANTRAG „Einsteiger-Angebot“

Mit reduziertem Beitrag von 100,- Euro bis 30.06.2018 und a.o. Kündigungsrecht bis 15.06.2018
 Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Berliner Verband der Vertragspsychotherapeuten

Name _____ Vorname _____

ggf. Titel _____ Geb. Datum _____

Anschrift(Praxis) _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

<u>Berufsgruppe:</u>	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Psychologe	<input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> PiA
<u>Zulassung als:</u>	<input type="checkbox"/> Arzt für psychotherapeutische Medizin <input type="checkbox"/> Andere Gebietsärzte	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut (PP)	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
<u>Führungsfähige Gebiete:</u>	<input type="checkbox"/> Arzt für psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere Gebiete
<u>Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden:</u>	<input type="checkbox"/> PsA	<input type="checkbox"/> TfPT	<input type="checkbox"/> VT
<u>Abrechnungsgenehmigung für:</u>	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter: www.bvvp-berlin.de) in der derzeit gültigen Fassung habe ich zur Kenntnis genommen. 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 in der jeweils gültigen Höhe erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. (bitte SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 2 ausfüllen). Der pauschale Einsteige-Beitrag von **100,-** Euro wird sofort erhoben, am 01.07.2018 der anteilige Beitrag für 2018 in Höhe von **150,-** Euro. Der Einzug des Mitgliedsbeitrages ab 2019 (derzeit **300,-** Euro) erfolgt jeweils zum Jahresanfang im Voraus für ein Jahr.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

KV-Stempel _____ **Bitte umseitig ebenfalls ausfüllen →**

