

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

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Berliner Verband der Vertragspsychotherapeuten.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

ggf. Titel \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Anschrift(Praxis) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

<b><u>Berufsgruppe:</u></b>	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Psychologe	<input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> PiA
<b><u>Zulassung als:</u></b>	<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
<b><u>Führungsfähige Gebiete:</u></b>	<input type="checkbox"/> Arzt für psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere Gebiete .....
<b><u>Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden:</u></b>	<input type="checkbox"/> PsA	<input type="checkbox"/> TfPT	<input type="checkbox"/> VT
<b><u>Abrechnungsgenehmigung für:</u></b>	<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 Mitgliedsbeitrag in der jeweils gültigen Höhe, derzeit **300,-€/ Jahr** (PiA **0,-€/ Jahr**), erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat.

Der Einzug erfolgt jeweils zum Jahresanfang im Voraus für ein Jahr (**bitte SEPA-Lastschrift-Mandat auf Seite 2 ausfüllen**). Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig für die Quartale ab Eintrittsdatum erhoben.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

KV-Stempel \_\_\_\_\_ **Bitte umseitig ebenfalls ausfüllen →**

## für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**bvvp-Berlin**

c/o Münstermann  
Rykestraße 28  
10405 Berlin

Wiederkehrende Zahlungen

(Gläubiger-Identifikationsnummer)

**DE94ZZZ00000912114**

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

### SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den **Berliner Verband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp-Berlin)** widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Berliner Verband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp-Berlin)** 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

**DE**

BIC

Ort

Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)