

Per Mail bvvp-sachsen@bvvp.de
oder per Post an:

bvvp Sachsen e.V. Geschäftsstelle
c/o Frau Doreen Hehde
Hallorenring 4
06108 Halle

AUFNAHMEANTRAG „

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp *Sachsen e.V.*

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
-------	------	---------	--------------

Praxisanschrift:	Straße	PLZ / Ort
------------------	--------	-----------

E-Mail	Telefon	Fax
--------	---------	-----

Zugehörig zur KV* _____ Niederlassung seit (Jahr)* _____ Zulassung seit (Jahr)* _____

Berufsgruppe*:	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> PsychologIn	<input type="checkbox"/> (Sozial-) PädagogIn	<input type="checkbox"/> Studierende/PiA PsychotherapeutIn in Weiterbildung**
Zulassung als*:	<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie	
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut In (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Andere GebietsärztInnen
Status*:	Innerhalb der vertragspsychotherapeutischen Versorgung:		Außerhalb 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		<input type="checkbox"/> Angestellt in Institutsambulanz <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Rehaklinik <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden*:	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> Systemische Th.
Abrechnungsgenehmigung für*:	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel	<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"/> Kinder Gruppe
	<input type="checkbox"/> Erwachs. Einzel	<input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel	<input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel	<input type="checkbox"/> Erwachs. Einzel
	<input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe

*freiwillige Angaben

** Bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter <http://www.mein-bvvp.de/sachsen/>) 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 (derzeit 420,00 Euro/Jahr) erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Die Ausführung wird mindestens 2 Tage vorab angekündigt. Der Einzug erfolgt zum 15. des Folgemonats zum Beitrittsdatum, sofern dieser ein Werktag ist, ansonsten am jeweils darauffolgenden Werktag.

Ort Datum Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Sachsen e.V. Geschäftsstelle
 c/o Frau Doreen Hehde
 Hallorenring 4
 06108 Halle

Wiederkehrende Zahlungen

(Gläubiger-Identifikationsnummer)
 DE68ZZZ00000786579

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den o.g. bvvp Landesverband (Gläubiger) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der reguläre Beitrag für Vollmitglieder beträgt 420,00 €, er kann auf den jährlichen Mitgliederversammlungen verändert werden. Etwaige Beschlüsse werden zeitnah als Protokoll zugesandt. Näheres ist in einer 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 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

Kreditinstitut															
IBAN	D	E													
BIC															

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-Sachsen 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 (<http://www.mein-bvvp.de/Sachsen/>).