

**Landesverband Bayern im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.**

**Vorstand:** Dr. Roland Hartmann, Dr. med. Bettina van Ackern; Dipl.-Psych. Rainer Cebulla, Dr. med. Eckhard Pachale,  
Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr, Dr. med. Angela Lütke – koopt.: Dr. med. Claudia Ritter-Rupp  
**Geschäftsstelle:** Ursula Zimpel-Sterr, Nußbaumstraße 4, 80336 München, Tel.: 089 / 417 686 01, Fax: 089 / 417 686 02  
E-Mail: [bvvp-bayern@bvvp.de](mailto:bvvp-bayern@bvvp.de) Web: [www.bvvp.de/bvvpbay](http://www.bvvp.de/bvvpbay)  
**Bankverbindung:** VR Bank Bamberg, IBAN: DE64 7706 0100 0001 5306 40, BIC: GENODEF1BA2

---

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir laden Sie herzlich ein zur

**Mitgliederversammlung des bvvp Bayern**  
am Freitag, den 19. Oktober 2018, 19.00 – 22.00 Uhr  
in den Räumen des  
**ÄKBV** - Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München  
Elsenheimerstr. 63, 80687 München

Von 19.00 bis 20.00 Uhr

**Vortrag von Herrn Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr:**  
„**PETRA (Personalisierte Therapie der rheumatoiden Arthritis) –  
ein neuer Weg in der Versorgung chronisch-kranker Menschen.**“

Ab 20.00 Uhr

**Mitgliederversammlung mit folgender Tagesordnung:**

1. Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Änderung und Ergänzungen der Tagesordnung
3. Abstimmung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung
4. Bericht des Schatzmeisters
5. Bericht der Kassenprüferinnen
6. Entlastung des Schatzmeisters und des Vorstandes
7. Ausblick auf den Haushalt 2019
8. Wahl eines neuen Schatzmeisters / einer neuen Schatzmeisterin
9. Aktuelle berufspolitische Entwicklungen
10. Sonstiges

Bitte lassen Sie uns **bis spätestens 12.10.2018** wissen, ob Sie kommen werden. Herzlichen Dank!  
**Fax: 089/41768602, Telefon: 089/41768601 oder gerne per E-Mail [bvvp-bayern@bvvp.de](mailto:bvvp-bayern@bvvp.de)**

---

### Anmeldung

zur **Mitgliederversammlung** des bvvp Bayern e.V.  
**Freitag, 19. Oktober 2018, 19.00 Uhr**, ÄKBV, Elsenheimer Str. 63, 80687 München

**Hiermit melde ich mich zu o.g. Veranstaltung an.**

\_\_\_\_\_  
Name  
(Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Praxisstempel