

Verband der
Vertragspsychotherapeuten Südbaden e.V.
Schwimmbadstr. 22

KV-Stempel

79100 Freiburg

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verband der Vertragspsychotherapeuten Südbaden e.V. (vvps)

Name _____ Vorname _____

Titel _____ Geburtsdatum _____

Praxisanschrift (Straße, Nr.) _____

PLZ - Ort _____ Telefon _____

E-Mail: _____ Fax _____

Privatanschrift _____ Priv.Tel _____ Priv.Fax _____

Zulassung als	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychosomatik + Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie+ Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut		
	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychotherapeutische Medizin				
	<input type="checkbox"/> Andere Gebietsärzte	<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut (KJP)		
Status:	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Angestellt	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> PiA	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Führungsfähige Gebiete	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere Gebiete	-----	
Führungs-fähige Zusatztitel bzw. Fachkunden	<input type="checkbox"/> PsA	<input type="checkbox"/> TfPT	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> Neuro- psychologie	
Abrechnungs-genehmigung für:	<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		

Bitte
ankreuzen!

- Die Satzung des Verbandes in der derzeit gültigen Fassung habe ich zur Kenntnis genommen.
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für verbandsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und in der Mitgliederdatei des Dachverbandes bvvp e.V. geführt werden.

Den Mitgliedsbeitrag in der jeweils gültigen Höhe (derzeit € 450,-/Jahr) bezahle ich per Bankeinzugsermächtigung je zur Hälfte im 1. und 3. Quartal des Geschäftsjahres (**bitte umseitigen Abschnitt ausfüllen**). Neumitglieder bezahlen im Beitrittsjahr 50 % des Mitgliedsbeitrages; der Beitrag wird für das laufende Geschäftsjahr abgestaffelt ab dem Quartal des Beitritts erhoben.

Erklärung: Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten ein: Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer des *vvps* - DE23ZZZ00000671474
Ihre Mandatsreferenznummer ersehen Sie aus dem Lastschriftkontoauszug**

Hiermit ermächtige ich, _____ (Name) _____ (Vorname)
_____ (Adresse)

den Verband der Vertragspsychotherapeuten Südbaden e.V. (*vvps*) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

IBAN: _____

BIC: _____

durch SEPA-Lastschrift einzuziehen.

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

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____