

per Fax: 02551-4954 per E-Mail: bvvp-WL@bvvp.de
oder per Post an:
bvvp Westfalen-Lippe e.V. Geschäftsstelle
Sellen 59
48565 Steinfurt

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp -Westfalen-Lippe e.V. (bvvp-WL)

Titel _____ Nachname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

(Praxis-) Anschrift (ggf.) (Straße, Nr.) _____

PLZ und Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

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** <input type="checkbox"/> bis voraussichtlich
Zulassung als*:	<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere GebietsärztInnen
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r PsychotherapeutIn (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsy- chotherapeutIn (KJP)	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> NeuropsychologIn
Status*:	Innerhalb der vertragspsycho- therapeutischen 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		Außerhalb der vertragspsycho- therapeutischen Versorgung: <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
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"/> Erwachsene Einzel	<input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel	<input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel	<input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel
	<input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe

*freiwillige Angaben

** Bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei, Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter: <https://wl.mein-bvvp.de/ueber-den-bvvp-wl/satzung.html>) 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. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Jahresende.

Der Einzug erfolgt jährlich im Voraus (28.01.) für ein Jahr (bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen). Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig für die Monate ab Eintrittsdatum erhoben.

Ort

Datum

Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten –
Westfalen-Lippe e.V.
Geschäftsstelle:
Sellen 59, 48565 Steinfurt

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE 13 ZZZ 00000035819

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 430,00 €, 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.

KontoinhaberIn:

Titel Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: Straße PLZ Ort

Kreditinstitut

BIC:

IBAN

DE

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-Westfalen-Lippe e.V: 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.

(<https://wl.mein-bvvp.de/ueber-den-bvvp-wl/impressum.html>)