

per E-Mail an: bvvp-saarland@bvvp.de
 oder per Post an:

bvvp Saarland e.V.
 Geschäftsstelle
 c/o Doris Theobald
 Postfach 1213
 55425 Waldalgesheim

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp Saarland e.V.

Titel _____ Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Praxisanschrift (ggf.) (Straße, Nr.) _____

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** Ausbildungsnachweis erforderlich - beitragsfrei
Zulassung als*:	<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere GebietsärztInnen
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut In (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> NeuropsychologIn
Status*:	Innerhalb 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		Außerhalb der vertragspsychotherapeutischen 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	<input type="checkbox"/> Systemische Th.
Abrechnungsgenehmigung für*:	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachs. Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe

*freiwillige Angaben

** bis Ausbildungsende und im Folgejahr beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter: <https://saar.mein-bvvp.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 Mitgliedsbeitrags in der jeweils gültigen Höhe, erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Der Einzug erfolgt jeweils zum Jahresanfang im Voraus für ein Jahr (**bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen**).

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Saarland e.V.
 Geschäftsstelle
 c/o Doris Theobald
 Postfach 1213
 55425 Waldalgesheim

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer
 DE47591900000104934005

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 370,00 €, 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 Saarland e.V. 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
-------	------	---------	--------------

Privatanschrift: Straße	PLZ	Ort
-------------------------	-----	-----

<u>Kreditinstitut</u>	
<u>IBAN</u> DE	<u>BIC</u>

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-Saarland 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://saar.mein-bvvp.de/grundsaeetze-der-datenverarbeitung>).