

per Fax Nr. 069 69714368
per E-Mail bvvp-Hessen@bvvp.de
oder per Post an:

bvvp Hessen e.V. Berufsverband
der Vertragspsychotherapeuten Hessen
Untermainanlage 7
60329 Frankfurt

AUFNAHMEANTRAG „Einsteiger-Angebot“

Mit reduziertem Beitrag von 50,00 € für den Zeitraum 01.01.-30.06.2024 und a.o. Kündigungsrecht bis 15.06.2024

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp Hessen e.V. Mit der Einreichung dieses Aufnahmeantrages erkenne ich die jeweils gültige Satzung des Vereines (siehe auch unter <https://hessen.mein-bvvp.de/ueber-uns/unsere-satzung/>) an. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für verbandsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und berufspolitische Informationen per E-Mail zugesandt werden.

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
Praxisanschrift:	Straße		PLZ / Ort
E-Mail	Telefon		Fax
Zugehörig Kassenärztliche Vereinigung*		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"/> 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 Ende Ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

Für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags in Höhe von 50,00 € erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Die Ausführung wird mindestens 2 Tage vorab angekündigt. Wenn die Schnuppermitgliedschaft nicht bis zum 15.06.2024 gekündigt wird, geht sie ab 01.07.2024 in eine reguläre Mitgliedschaft über mit dem hälftigen Jahresmitgliedsbeitrag von derzeit 235,00 €. Ab dem 01.01.2025 gilt der volle Mitgliedsbeitrag von derzeit 470,00 €.
Der Einzug erfolgt zum 15. des Folgemonats zum Beitrittsdatum, sofern dieser ein Werktag ist, ansonsten am jeweils darauffolgenden Werktag (**bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen**).

Ort Datum Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren*

*ab 01.02.2014 EU-weit vorgeschriebenes Verfahren für Zahlungsverkehr

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Hessen e.V. Berufsverband der
Vertragspsychotherapeuten Hessen
Untermainanlage 7, 60329 Frankfurt

Wiederkehrende Zahlungen

(Gläubiger-Identifikationsnummer)
DE43ZZZ00000066125

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den bvvp *Hessen e.V.*, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels 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. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom bvvp *Hessen 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

Anschrift: Straße Nr. PLZ Ort

Kreditinstitut	
IBAN DE	BIC

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werde ich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichtet.

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 *Hessen 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://mein-bvvp.de/HE/datenschutzerklaerung>)

Zusätzliche freiwillige Angaben für unsere Planungen und zu Ihrer Information:

Ich möchte regelmäßige Informationen per E- Mail erhalten (Mitglieder-Rundbriefe und weitere Informationen)
Besondere berufspolitische Interessen und Sachkunde, z.B. für Nachfragen seitens des bvvp?

Sind Sie derzeit an einer aktiven Mitarbeit im bvvp interessiert? ja nein

Wenn ja, in welchen Bereichen? _____

Mitgliedschaft in anderen Berufsverbänden (Name): _____