

An den  
 VVPN Verband der  
 Vertragspsychotherapeuten Nordbaden e.V.  
 Sekretariat  
 Otto-Beck-Str. 12  
 68165 Mannheim

\_\_\_\_\_  
 (Stempel)

## A U F N A H M E A N T R A G

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verband der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Praxisanschrift (Straße, Nr.) \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_ Telefon/Fax \_\_\_\_\_

**Berufsgruppe**  Arzt  Psychologischer Psychotherapeut  Kinder- u. Jugendlichen-psychotherapeut

**Zulassungsstatus**  Arzt  Arzt für Pth. Med.  Arzt für Psychiatrie  Anderes Fachgebiet

(nur Ärzte)

Ausschließlich Psychotherapeutische Versorgung  Sonstige Fachärztliche Versorgung  Hausärztliche Versorgung

**Schwerpunkt \***  >90 % G IV  < 90 % G IV  < 50 % G IV

\* Nicht relevant bei Zulassung für ausschließlich Psychotherapeutische Versorgung

### Abrechnungsgenehmigung (Ärzte, PP, KJP)

	Erwachsene		Kinder	
	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe
Psychoanalyse				
Tiefenpsychologie				
Verhaltenstherapie				

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 VVPN-Mitgliederliste veröffentlicht werden.

Den Mitgliedsbeitrag in der jeweils gültigen Höhe, derzeit 420 € im Jahr bezahle ich zum Jahresanfang im voraus für ein Jahr (Einzugsermächtigung ist beigelegt). Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig für die Quartale ab Eintrittsdatum erhoben.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

An den  
VVPN Verband der  
Vertragspsychotherapeuten Nordbaden e.V.  
Sekretariat  
Friedrichsplatz 1  
68165 Mannheim

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich,

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

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Adresse)

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

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

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

\_\_\_\_\_ (Ort / Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

\_\_\_\_\_ (Stempel)