

per Fax (030 - 88725953)  
per E-Mail: [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)  
oder per Post an:  
bvvp Bundesgeschäftsstelle  
Württembergische Straße 31  
10707 Berlin

### AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten bvvp 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)\* \_\_\_\_\_

Angestellt seit\* \_\_\_\_\_ wenn ja: In Praxis\* \_\_\_\_\_ In MVZ\* \_\_\_\_\_ In extern. Institution\* \_\_\_\_\_

<b>Berufsgruppe*:</b>	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> PsychologIn	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Studierende/PiA/psych. und ärztl. Psychotherapeut In in Weiterbildung**
<b>Zulassung als*:</b>	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r PsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Andere GebietsärztIn
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r PsychotherapeutIn (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn	<input type="checkbox"/> Andere	
<b>Führungsfähige Gebiete*:</b>	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere Gebiete	
<b>Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden*:</b>	<input type="checkbox"/> PsA	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere Gebiete	
<b>Behandlungsmethoden*:</b>	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> VT	
<b>Abrechnungsgenehmigung für*:</b>	<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	

\*freiwillige Angaben

\*\* bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei. Ausbildungsnachweis erforderlich

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter: <https://bvvp.de/satzung-des-bundesverbandes-der-vertragspsychotherapeuten-e-v/>) 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, (derzeit 350,-/Jahr) erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Der Einzug erfolgt jeweils zum Jahresanfang im Voraus für ein Jahr (bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen). Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig für die Quartale ab Eintrittsdatum erhoben.

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

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp e.V.  
Württembergische Straße 31  
10707 Berlin

**Wiederkehrende Zahlungen**

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE77ZZZ00000671763

**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 350,00 €, 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.

**Kontoinhaber/in:**

\_\_\_\_\_  
Titel Name Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift: Straße PLZ Ort

Kreditinstitut

IBAN  
DE

BIC

\_\_\_\_\_  
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 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://bvvp.de/impressum/>)