

Per Fax Nr. 0381 4906383
 per E-Mail an bvvp-mv@bvvp.de
 oder per Post an:
 bvvp Mecklenburg-Vorpommern e.V.
 Geschäftsstelle Herr Peter Glaser
 c/o Frau Dr. Iris Glaser
 Albert-Schweitzer-Str.24
 18147 Rostock

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Titel _____ Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

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

PLZ - Ort _____ Telefon _____

E-Mail: _____ Fax _____

Zugehörig zur KV* _____ Niederlassung seit (Jahr)* _____ Approbation 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 PsychotherapeutIn (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. Sicherstellungsassistentz) <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.

Die Satzung des Verbandes wird mir auf Wunsch von der Geschäftsstelle zugesandt. 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 (derzeit Euro 200.-)** in der jeweils gültigen Höhe erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Die Ausführung wird mindestens 2 Tage vorab angekündigt. 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.

_____ Datum

_____ Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Mecklenburg-Vorpommern e.V. Albert-Schweitzer-Straße 24 18147 Rostock	Wiederkehrende Zahlungen
Gläubiger-Identifikationsnummer DE08ZZZ00001352102	Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den **bvvp Mecklenburg-Vorpommern e.V.** die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **bvvp Mecklenburg-Vorpommern 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
Straße		Nr.	PLZ Ort
Kreditinstitut			
IBAN DE		BIC	

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich der bvvp e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten

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 Mecklenburg Vorpommern 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/datenschutzerklaerung/>]