

per Fax Nr. 089 - 417 686 02  
per E-Mail [bvvp-bayern@bvvp.de](mailto:bvvp-bayern@bvvp.de)  
per Post an

bvvp Bayern e.V.  
Geschäftsstelle  
Nußbaumstraße 4  
80336 München

Geschäftsstelle  
Nußbaumstr. 4  
80336 München  
Tel.: 089 - 417 686 01  
Fax: 089 - 417 686 02  
E-Mail: [bvvp-bayern@bvvp.de](mailto:bvvp-bayern@bvvp.de)  
Web: [www.bvvp.de/bvvpbay](http://www.bvvp.de/bvvpbay)

Bankverbindung:  
VR Bank Bamberg-Forchheim  
IBAN:  
DE80763910000001530640  
BIC:  
GENODEF1FOH  
Gläubiger-ID:  
DE36ZZZ00000755533

## AUFNAHMEANTRAG: Sonderaktion 15 Euro/Monat in 2023

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Landesverband Bayern im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten.

Titel \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Praxisanschrift/Beschäftigungsstelle (Straße, Nr.) \_\_\_\_\_  
 PLZ – Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Zugehörig zur KV\*

Niederlassung seit (Jahr)\*

Approbation seit (Jahr)\*

<b>Berufsgruppe<sup>1</sup>:</b>	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärzt*in	<input type="checkbox"/> Psycholog*in	<input type="checkbox"/> (Sozial-) Pädagog*in	<input type="checkbox"/> Studierende/PiA Psychotherapeut*in in Weiterbildung <sup>2</sup>
<b>Zulassung als:<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere Gebietsärzt*innen
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut*in (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Neuropsycholog*in
<b>Status:<sup>1</sup></b>	<b>Innerhalb</b> 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		<b>Außerhalb</b> der vertragspsychotherapeutischen Versorgung: <input type="checkbox"/> Angestellt in Institutsambulanz <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Rehaklinik <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden:<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> Systemische Th.
<b>Abrechnungsgenehmigung für:<sup>1</sup></b>	<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

<sup>1</sup> freiwillige Angaben

<sup>2</sup> beitragsfrei. PiAs werden im Abschlussjahr weiterhin als PiAs beitragsfrei gelistet; im nachfolgenden Jahr als Neumitglied wird der halbe Mitgliedsbeitrag berechnet, Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes habe ich zur Kenntnis genommen. Die Ethik-Leitlinien (siehe Homepage: [www.bvvp.de/bvvpbay](http://www.bvvp.de/bvvpbay)) des Verbandes sind mir ebenfalls bekannt und werden in vollem Umfang anerkannt. 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. Die Ausführung wird mindestens 2 Tage vorab angekündigt. 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 Bayern e.V.  
Nußbaumstraße 4  
8336 München

**Wiederkehrende Zahlungen**

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE36ZZZ00000755533

**Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige den Landesverband im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp Bayern) e.V. die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Im Zeitraum vom 01.01.2023 bis zum 31.12.2023 beträgt der monatliche Mitgliedsbeitrag 15,00 €. Der Einzug erfolgt kumuliert zum Jahresende. Das Vertragsverhältnis kann mit einer vierwöchigen Kündigungsfrist zum 31.12.2023 gekündigt werden. Geht bis zu diesem Zeitpunkt keine Kündigung ein, verlängert sich der Vertrag in eine Mitgliedschaft zum regulären Beitragssatz. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband Bayern im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp Bayern) 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	
<u>Kreditinstitut</u>			
<u>IBAN</u>		<u>BIC</u>	
DE			

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

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtige/r)

**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-Bayern 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. (<http://www.mein-bvvp.de/bayern/Datenschutz.html>)

**Freiwillige zusätzliche 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 an einer aktiven Mitarbeit im bvvp interessiert?  ja  nein

Wenn ja, in welchen Bereichen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf den bvvp aufmerksam geworden?

Mitgliedschaft in anderen Berufsverbänden (Name):