

per E-Mail: [bvvp-saarland@bvvp.de](mailto:bvvp-saarland@bvvp.de)  
oder per Post an:

**bvvp Saarland e.V.**  
Geschäftsstelle  
c/o Doris Theobald  
Postfach 1213  
55425 Waldalgesheim

## AUFNAHMEANTRAG: Sonderaktion 15 Euro/Monat in 2023

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp Saarland.

Titel \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

PLZ - Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

Zugehörig zur KV<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Niederlassung seit (Jahr)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Approbation seit (Jahr)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<b>Berufsgruppe<sup>1</sup>:</b>	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<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 Jugendlichenpsy- chotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Neuropsycholog*in
<b>Status<sup>1</sup>:</b>	<b>Innerhalb</b> der vertragspsycho- therapeutischen 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 vertragspsycho- therapeutischen 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"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachs. Gruppe

<sup>1</sup>freiwillige Angaben    <sup>2</sup>Studierende/PiA/ ... bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

Den Jahresmitgliederbeitrag bezahle ich per SEPA-Lastschriftverfahren (**bitte SEPALastschriftmandat ausfüllen**).  
Die Satzung des Verbandes in der derzeit gültigen Fassung habe ich zur Kenntnis genommen (saar.mein-bvvp.de).

Ort, \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Saarland e.V.  
Geschäftsstelle  
c/o Doris Theobald  
Postfach 1213  
55425 Waldalgesheim

**Wiederkehrende Zahlungen**

(Gläubiger-Identifikationsnummer)  
DE4759190000104934005

**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.

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 reguläre Mitgliedschaft.

Der reguläre Beitrag für Vollmitglieder beträgt 370,00 €, 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 Saarland 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	PLZ	Ort
-------------------	-----	-----

<u>Kreditinstitut</u>	
<u>IBAN</u> DE	<u>BIC</u>

**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 Saarland 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 (saar.mein-bvvp.de).

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers

Freiwillige zusätzliche Angaben für unsere Planungen

Wie sind Sie auf den bvvp aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_