

Per Mail bvvp-sachsen@bvvp.de
oder per Post an:

bvvp Sachsen e.V. Geschäftsstelle
c/o Doreen Hehde
Kleine Ulrichstraße 31
06108 Halle

AUFNAHMEANTRAG: Sonderaktion 15 Euro/Monat in 2023

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp Sachsen e.V.

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
Praxisanschrift:		Straße	PLZ / Ort
E-Mail		Telefon	Fax
Zugehörig zur KV ¹ _____ Niederlassung seit (Jahr) ¹ _____ Zulassung seit (Jahr) ¹ _____			
Berufsgruppe¹:	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Psycholog*in	<input type="checkbox"/> (Sozial-) Pädagog*in
Zulassung als¹:	<input type="checkbox"/> FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<input type="checkbox"/> (Sozial-) Pädagog*in
	<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut*in (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut*in
Status¹:	Innerhalb 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		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. Fachkunden¹:	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> TP
Abrechnungsgenehmigung für¹:	<input type="checkbox"/> Systemische Th.		
	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachs. 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

¹freiwillige Angaben

² Bis Ende ihrer Ausbildungszeit beitragsfrei; Ausbildungsnachweis erforderlich.

Die Satzung des Verbandes (siehe auch unter <http://www.mein-bvvp.de/sachsen/>) 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 erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Die Ausführung wird mindestens 2 Tage vorab angekündigt. Der Einzug erfolgt zum 15. des Folgemonats zum Beitrittsdatum, sofern dieser ein Werktag ist, ansonsten am jeweils darauffolgenden Werktag.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp Sachsen e.V. Geschäftsstelle
c/o Frau Doreen Hehde
Hallorenring 4
06108 Halle

Wiederkehrende Zahlungen

(Gläubiger-Identifikationsnummer)
DE68ZZZ00000786579

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 420,00 €, 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
-------	------	---------	--------------

Anschrift:	Straße	PLZ	Ort
------------	--------	-----	-----

Kreditinstitut														
IBAN	D	E												
BIC														

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-Sachsen 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/Sachsen/>).

Freiwillige zusätzliche Angaben für unsere Planungen

Wie sind Sie auf den bvvp aufmerksam geworden? _____