

per Mail bvvp-hamburg@bvvp.de
 oder per Post an bvvp-Hamburg-Geschäftsstelle
 c/o Frau Dipl. Psych. Beate Glüsing
 Stormarnhöhe 23
 21031 Hamburg

AUFNAHMEANTRAG „Mitglieder werben Mitglieder“

(Aktionszeitraum 01.04.2024 bis 31.03.2025)

Die Mitgliedschaft im Rahmen der bvvp Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“ hat eine Mindestdauer von 12 Monaten.

Davon unabhängig ist jedes Mitglied, das ein Neumitglied wirbt, im Folgejahr beitragsfrei.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im bvvp-Hamburg 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 <input type="checkbox"/> PiA <input type="checkbox"/> 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. 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. 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.

Noch eins: Wie sind Sie auf den bvvp-Hamburg aufmerksam geworden?*

Die Satzung des Verbandes (<https://hamburg.mein-bvvp.de/satzung-des-bundesverbandes-der-vertragspsychotherapeuten-e-v/>) 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, sowie dass meine Daten in einer bvvp-Hamburg-Mitgliederliste veröffentlicht werden können. Für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags von zurzeit 450 € erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat. Der Einzug des ordentlichen Mitgliedsbeitrages erfolgt jeweils zum 30.04. des Jahres. Der anteilige Mitgliedsbeitrag bei Eintritt im laufenden Jahr (nach dem 30.04.) wird umgehend erhoben.

Ort Datum Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

bvvp-Hamburg
c/o Dipl.-Psych. Beate Glüsing
Stormarnhöhe 23
1031 Hamburg

Wiederkehrende Zahlungen

(Gläubiger-Identifikationsnummer)
DE09ZZZ00000620995

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den bvvp-Hamburg widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag per SEPA-Lastschrift bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen. Der reguläre Beitrag für Vollmitglieder beträgt 450,00 €, 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-Hamburg 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 Nr. PLZ Ort

KreditinstitutIBANBICDE

Ort Datum Unterschrift

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-Hamburg 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://hamburg.mein-bvvp.de/grundsaeetze-der-datenverarbeitung/>)