

Per Fax Nr. 0621-1222590 oder per Post an:

**VVPN**

Verband der  
Vertragspsychotherapeuten Nordbaden e.V.  
Sekretariat  
Otto-Beck-Str. 12  
68165 Mannheim

\_\_\_\_\_  
(Stempel)

**AUFNAHMEANTRAG**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verband der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

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

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

Privatanschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

**Berufsgruppe**       Arzt       Psychologischer Psychotherapeut       Kinder- u. Jugendlichen-psychotherapeut

**Zulassungsstatus**       Arzt       Arzt für Pth. Med.       Arzt für Psychiatrie       Anderes Fachgebiet

(nur Ärzte) \_\_\_\_\_

Ausschließlich Psychotherapeutische Versorgung       Sonstige Fachärztliche Versorgung       Hausärztliche Versorgung

**Schwerpunkt \***       >90 % G IV       < 90 % G IV       < 50 % G IV

\* Nicht relevant bei Zulassung für ausschließlich Psychotherapeutische Versorgung

**Abrechnungsgenehmigung (Ärzte, PP, KJP)**

	Erwachsene		Kinder	
	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe
Psychoanalyse				
Tiefenpsychologie				
Verhaltenstherapie				

Die Satzung des Verbandes in der derzeit gültigen Fassung habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für verbandsinterne Zwecke elektronisch gespeichert und in der VVPN-Mitgliederliste veröffentlicht werden. Den Mitgliedsbeitrag in der jeweils gültigen Höhe, derzeit € 350.-/ Jahr und einer einmaligen Aufnahmegebühr von € 5,10 bezahle ich zum Jahresanfang im voraus für ein Jahr (**Einzugsermächtigung auf der nächsten Seite**). Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig für die Quartale ab Eintrittsdatum erhoben.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

An den  
**VVPN**  
Verband der  
Vertragspsychotherapeuten Nordbaden e.V.  
Sekretariat  
Otto-Beck-Str. 12  
68165 Mannheim

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich,

\_\_\_\_\_ (Name)

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Adresse)

den Verband der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden e.V. (VVPN) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn das angegebenen Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen sind bei Lastschriften ausgeschlossen.

\_\_\_\_\_ (Ort / Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

\_\_\_\_\_ (Stempel)