

per Fax Nr. 0761-7072163 oder per Post an:

Verband der
Vertragspsychotherapeuten Südbaden e.V.
Schwimmbadstr. 22

79100 Freiburg

KV-Stempel

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verband der Vertragspsychotherapeuten Südbaden e.V. (**vvps**)

Name _____ Vorname _____

Titel _____ Geburtsdatum _____

Praxisanschrift (Straße, Nr.) _____

PLZ - Ort _____ Telefon _____

E-Mail: _____ Fax _____

Privatanschrift _____ Priv.Tel _____ Priv.Fax _____

<u>Berufsgruppe</u>	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Psychologe	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
<u>Zulassung als</u>	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie+ Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut
	<input type="checkbox"/> Andere Gebietsärzte	<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut (KJP)
<u>Führungsfähige Gebiete</u>	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Andere Gebiete -----
<u>Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden</u>	<input type="checkbox"/> PsA	<input type="checkbox"/> TfPT	<input type="checkbox"/> VT
<u>Abrechnungsgenemigung für:</u>	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe	<input type="checkbox"/> Kinder Einzel <input type="checkbox"/> Kinder Gruppe <input type="checkbox"/> Erwachsene Einzel <input type="checkbox"/> Erwachsene Gruppe

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 vvps-Mitgliederliste veröffentlicht werden. Den Mitgliedsbeitrag in der jeweils gültigen Höhe (derzeit € 400,-/Jahr) bezahle ich per Bankeinzugsermächtigung je zur Hälfte im 1. und 3. Quartal des Geschäftsjahres (**bitte umseitigen Abschnitt ausfüllen**). Neumitglieder bezahlen im Beitrittsjahr 50 % des Mitgliedsbeitrages; der Beitrag wird für das laufende Geschäftsjahr abgestaffelt ab dem Quartal des Beitritts erhoben.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung bitte nächste Seite →

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich, _____ (Name) _____ (Vorname)
_____ (Adresse)

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

Konto-Nr.: _____ BLZ _____

Geldinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen.

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

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____