

Absenderstempel/Praxisstempel

(Vor- u. Zuname, akad. Titel, Grundberufs-, bzw. Facharztbezeichnung, vollständige Adresse, Telefon, Fax, e-Mail.

An den VVPS
c/o Dipl. Psych. Ilse Rohr
Schlesierweg 24

66538 Neunkirchen

evtl. Privatadresse/ Tel./e-mail _____

Zulassung für:

TF	VT	Ps.A	Erw.	Ki.	
					Einzel-Th
					Gruppen-Th

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verband der Vertragspsychotherapeuten im Saarland, VVPS (Mitglied im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., BVVP).

Ort, Datum

KV-Stempel/ Unterschrift

An den VVPS
c/o Dipl. Psych. Ilse Rohr
Schlesierweg 24
66538 Neunkirchen

Absenderstempel

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Schatzmeisterin im Verband der Vertragspsychotherapeuten im Saarland (VVPS), Frau Maria Backes, zum Einzug des Mitgliederbeitrages von meinem Konto

bei dem Kreditinstitut _____

Konto-Nr. _____ Bankleitzahl: _____

Diese Einzugsermächtigung ist jederzeit widerrufbar. Der Beitrag wird erstmals für _____ erhoben. Er wird in seiner Höhe durch die Mitgliederversammlung bestimmt und beträgt zur Zeit 175,- €

Datum: _____

Unterschrift