

PER FAX: 030 88 72 5953
PER E-MAIL: bvvp@bvvp.de
PER POST AN:

bvvp e.V.
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

KOSTENBEITRAG PRO AUSGABE (JÄHRLICH)
26,00 € + MwSt. incl. Versandkosten

Kündigungsfrist 2 Wochen zum Jahresende schriftlich. Die jeweils aktuelle Version wird per Post an die Praxisadresse verschickt.

Mitglieder des bvvp erhalten das Info-Paket kostenfrei im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Zahlung ausschließlich per SEPA-Lastschrift.
Das Mandat (unten) wird mit der Bestellung erteilt.

**ABO-MÖGLICHKEIT FÜR
NICHTMITGLIEDER**

BESTELLUNG EBM INFO-PAKET-PLUS ABONNEMENT

TITEL, NAME, VORNAME

PRAXISADRESSE: STRASSE, PLZ, ORT

TELEFON, FAX

E-MAIL

BERUFSGRUPPE

Arzt/Ärztin PsychologIn KJP

ZULASSUNG SEIT: _____ KOSTENERSTATTUNG

Ich verpflichte mich, die bereitgestellten Dokumente nicht ohne Zustimmung des bvvp zu kopieren oder anderweitig weiterzugeben (Copyright bvvp). Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner Daten (gemäß BDSG), bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, Auskunft über diese zu erhalten.

DATUM

UNTERSCHRIFT

PRAXIS-STEMPEL

ERTEILUNG SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

TYP: Wiederkehrende

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (GLÄUBIGER): bvvp e.V.,
Württembergische Straße 31, 10707 Berlin

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER: DE77ZZZ00000671763

MANDATSREFERENZ: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den bvvp e.V., den von mir zu entrichtenden Kostenbeitrag für das bvvp EBM Info-Paket Plus bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom bvvp e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

KREDITINSTITUT

IBAN

BIC

KONTOINHABER/IN

TITEL, NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT (ZAHLUNGSPFLICHTIGER)