

per Fax Nr. 0202-44854277, per E-Mail-Anhang an [bvvp-no@bvvp.de](mailto:bvvp-no@bvvp.de)  
oder per Post an:

bvvp-No  
Geschäftsstelle  
c/o Lorenz Huss  
Fuhlrottstr. 20  
42119 Wuppertal

bvvp-No e.V.  
Geschäftsstelle  
c/o Lorenz Huss  
Fuhlrottstraße 20  
42119 Wuppertal

Telefon: 0202-44854276  
Fax: : 0202-44854277  
E-Mail: [bvvp-no@bvvp.de](mailto:bvvp-no@bvvp.de)  
[rvn.bvvp.de](http://rvn.bvvp.de)

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im  
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten Nordrhein e.V. (bvvp-No). \_\_\_\_\_

Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
-------	------	---------	--------------

Praxisanschrift:	Straße	PLZ / Ort
------------------	--------	-----------

E-Mail	Telefon	Fax
--------	---------	-----

Privatanschrift:	Straße	PLZ	Ort	Privat Telefon	Privat Fax
------------------	--------	-----	-----	----------------	------------

Zugehörig Kassenärztlichen Vereinigung	Niederlassung seit	Approbation seit
<u><b>Tätigkeitsform:</b></u> <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Institut <input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Job-Sharing
<u><b>Berufsgruppe</b></u> <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut (PP)	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut (KJP)	<input type="checkbox"/> Psychotherapeut in Ausbildung (PiA) voraus. Ausbildungsende Datum: _____
<u><b>Zulassung als</b></u> <input type="checkbox"/> Ärztlicher Psychotherapeut <input type="checkbox"/> FA für Psychotherapeutische Medizin <input type="checkbox"/> FA für Psychosomatik und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> FA für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie <input type="checkbox"/> Andere Gebietsärzte	<input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut (PP) <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut (KJP)

<u><b>Führungsfähige Zusatztitel bzw. Fachkunden</b></u>	<input type="checkbox"/> PsA	<input type="checkbox"/> TPfPT	<input type="checkbox"/> VT
<u><b>Abrechnungs- genehmigung für:</b></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
<u><b>Sonstige führungsfähige Gebiete:</b></u>	<b>Fremdsprachen:</b>		

Die Satzung des Verbandes habe ich zur Kenntnis genommen. Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner Daten für Vereinszwecke und zur Führung in der Mitgliederdatei des Dachverbandes (gemäß BDSG), bin ich einverstanden. Die Höhe des Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 320 Euro/Jahr. Im ersten Jahr der Mitgliedschaft wird der Jahresbeitrag anteilig (n/12) ab dem Folgemonat nach dem Eintrittsdatum erhoben. Psychotherapeuten in Ausbildung sind bis zum Ausbildungsende beitragsfrei.

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

**Bitte Seite 2 ebenfalls ausfüllen**

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.,  
bvvp-No (vormals RVN)  
Schatzmeisterin  
c/o Evangelina Lotockyj  
Weyerstr. 223  
42719 Solingen

**Wiederkehrende Zahlungen**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
**DE13ZZZ00000601038**

**Mandatsreferenz:** (wird vom bvvp-No ausgefüllt)

### 1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

### 2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

#### **Name/Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):**

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße Nr. PLZ Ort

Kreditinstitut

IBAN

**DE**

BIC

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Zahlungspflichtige/r

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

#### **Zusätzliche Angaben für unsere Planungen und zu Ihrer Information:**

Ich möchte regelmäßige Informationen per E-Mail erhalten (Mitglieder-Rundbriefe und weitere Informationen)

Besondere berufspolitische Interessen und Sachkunde, z.B. für Nachfragen seitens des bvvp?

\_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit an einer aktiven Mitarbeit im bvvp interessiert?  ja  nein

Wenn ja, in welchen Bereichen? \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft in anderen Berufsverbänden (Name): \_\_\_\_\_