

## Mitgliedschaft im Verein der Vertragspsychotherapeuten/innen Pfalz (VVP)

(Nichtzutreffendes bitte streichen):

Hiermit beantrage ich rückwirkend zum Jahresbeginn/ beginnend mit dem Jahr 20\_\_\_\_\_ die Mitgliedschaft im VVP (es gibt nur die jährliche Mitgliedschaft) und erkläre mich mit den Zielen des Vereins, wie sie in der Satzung niedergelegt sind, einverstanden. Ein Exemplar der neuesten Satzung wird mir auf Wunsch ausgehändigt. Ich versichere, dass ich die Voraussetzungen zur Aufnahme in den Verein erfülle (niedergelassener Vertrags-Arzt, -PP oder -KJP)

### Meine Daten

<b>Titel:</b>	<b>Telefon Praxis</b>
<b>Vorname :</b>	<b>Email Praxis</b>
<b>Name:</b>	<b>Mobil Nr.</b>
<b>Beruf:</b>	
<b>Praxisanschrift</b>	

Mitglied als PP/ÄP  Aprobierter PP/ÄP  Weiterbildung  Ausbildung

### Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:** VVP Verein der Vertragspsychotherapeuten e.V.  
**Anschrift:** Donnersbergstr. 27 a, 67549 Worms  
**Gläubiger Identifikationsnummer:** DE20ZZZ00000713626  
**Mandatsreferenz:** Mitgliedsnummer

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit erteile ich bis auf Widerruf dem Verein der Vertragspsychotherapeuten/innen Pfalz e.V. die Erlaubnis, dass der fällig werdende Mitgliedsbeitrag ab 01.01.20\_\_\_\_\_

und alle Folgejahre wiederkehrend - von dem unten stehenden Konto abgebucht wird.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Kontoinhaber

**Iban**

**Kreditinstitut**

**Ort / Datum** **Unterschrift**