

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

Titel:	Telefon Praxis
Vorname :	Email Praxis
Name:	Mobil Nr.
Beruf:	
Praxisanschrift	

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
--------------------	---------------------