

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum
BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel, Vorname: _____
 geb. am: _____ Fortbildungsnummer: _____
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: nein:
 Kinder- und Jugendmedizin: Psychiatrie und Psychotherapie: Neurologie: Psychotherapeutische/Psychosomatische
 Medizin: Nervenheilkunde: Andere: SPV-Praxis:

Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CÄ, OÄ, u.a. FÄ):	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: _____ Praxis: Klinik: Angestellt:
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
 Privatanschrift ab: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ E-Mail: _____
 Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatanschrift Bundesland: _____
 Ich wünsche die Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Funktion : Klinik Praxis Angestellt MVZ Facharzt Chefarzt Oberarzt
 Weiterbildungsassistent im _____WB-Jahr Andere: _____
 ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein
 Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Zahlungsweise:
 Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages**
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.
Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:
 Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut : _____
 IBAN: _____ BIC.: _____
 Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern wurde die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.
 * in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben