

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

**BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.**

Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: [mail@bkjpp.de](mailto:mail@bkjpp.de)

**Ordentliches Mitglied**

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 keine Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter [www.bkjpp.de](http://www.bkjpp.de)  RECHNUNGSVERSAND per E-Mail nicht erwünscht

**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 nicht damit einverstanden, dass ab 2019 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

\* in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Ort, Datum

Unterschrift