

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

Ordentliches Mitglied			
Name / Titel, Vorname: _____			
geb. am: _____		Fortbildungsnummer: _____	
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>			
Kinder- und Jugendmedizin: <input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie: <input type="checkbox"/>	Neurologie: <input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische/Psychosomatische Medizin: <input type="checkbox"/>
Nervenheilkunde: <input type="checkbox"/>	Andere: <input type="checkbox"/>	SPV-Praxis: <input type="checkbox"/>	

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: <input type="checkbox"/>	Klinik: <input type="checkbox"/>	Angestellt: <input type="checkbox"/>
Institution: _____			
Straße: _____			
PLZ: _____	Ort: _____		
Tel.: _____	Fax: _____	E-Mail: _____	
Privatanschrift ab: _____			
Straße: _____			
PLZ: _____	Ort: _____		
Tel.: _____	E-Mail: _____		
Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: <input type="checkbox"/> Dienstanschrift <input type="checkbox"/> Privatanschrift Bundesland: _____			
<input type="checkbox"/> Ich wünsche <u>keine</u> Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de			

Funktion :	<input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Praxis	<input type="checkbox"/> Angestellt	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Facharzt	<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> Oberarzt
	<input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent (im _____ WB-Jahr)		<input type="checkbox"/> Andere: _____				
ermächtigt zur Weiterbildung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
Zust. Landesärztekammer: _____	Landes-KV: _____						

Zahlungsweise:
<input type="checkbox"/> Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages*
<input type="checkbox"/> 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