

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich dem bkj bei als

- Vollmitglied (bitte Approbationsurkunde in Kopie beifügen)
- Fördermitglied
- KJP in Ausbildung, beitragsfrei (bitte Ausbildungsnachweis beifügen)
- Masterstudent*in der Psychotherapiewissenschaften, beitragsfrei (bitte Student*innenausweis beifügen)

Name, Vorname Geburtsdatum

Grundausbildung, bzw. Grundberuf/Titel

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon Fax Mobiltelefon

E-Mail Bundesland

Psychotherapeutische Ausbildung (Institut, Adresse, Zeitpunkt der Ausbildung)

.....
.....

Masterstudium der Psychotherapiewissenschaften (Hochschule, Beginn des Masterstudiums)

.....
.....

Approbation erteilt durch am

Berufliche Tätigkeit angestellt in Teilzeit Vollzeit
 Praxis mit Kassenzulassung Privatpraxis

Kassenzulassung erteilt durch (KV) am

Eintragung in das Arztregister am Verfahren

Praxis- bzw. Arbeitgeberadresse

.....
.....

Telefon Fax

E-Mail

Zusendungen an Privatadresse Praxis-/Dienstadresse

.....
Ort, Datum

X

.....
Unterschrift

„FREIWILLIGE ANGABEN“ zur Beitrittserklärung für den bkj

zusätzliche Qualifikationen:

.....
.....
.....

Fort- und Weiterbildungen:

.....
.....
.....

Arbeitsschwerpunkte:

.....
.....
.....

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit im Bundesverband interessiert, insbesondere zu Themen wie:

.....
.....
.....

Mitgliedschaft in anderen Berufsverbänden (falls möglich Eintrittsdatum angeben):

.....
.....
.....

Aufnahme in die Psychotherapeut*innenliste

Bitte den gesonderten „Antrag auf Aufnahme in die Therapeut*innenliste“ ausfüllen und unterschrieben an uns zurücksenden.

bkj e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstr. 5
65185 Wiesbaden

ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Wiederkehrende Zahlungen

Kontoinhaber

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Ich / Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **bkj e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000678834

Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Kreditinstitut

BIC ¹

IBAN

DE | | | | |

.....
Ort, Datum

X

.....
Unterschrift(en)

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.