

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Arbeitskreis niedergelassener psychologischer PsychotherapeutInnen Bielefeld e. V. (app:)

Name

Vorname

Straße, Hausnummer (geschäftlich)

PLZ (geschäftlich)

Ort (geschäftlich)

Telefon (geschäftlich)

Straße, Hausnummer (privat, wenn gewünscht)

PLZ (privat, wenn gewünscht)

Ort (privat, wenn gewünscht)

Telefon (privat, wenn gewünscht)

E-Mail

Geburtsdatum

Abschluss des Studiums der Psychologie im Jahr _____

Akademischer Grad

Diplom

Master

außerordentliche Mitgliedschaft

Laufende Ausbildung als Psychologische_r Psychotherapeut_in und/oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_in (PiA-Status) nach den Vorgaben des Psychotherapeuten-gesetzes (PsychThG vom 1.1.1999).

Ich verpflichte mich, dem app: den Abschluss der Ausbildung spätestens vier Wochen später eigenständig mitzuteilen.

ordentliche Mitgliedschaft

Abschluss einer Ausbildung als Psychologische_r Psychotherapeut_in nach den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG vom 1.1.1999).

Approbationsjahr _____ Approbations-Nr.: _____ Behörde _____

Richtlinienverfahren

- tiefenpsychologisch
- analytisch
- verhaltenstherapeutisch

Ich bin ambulant psychotherapeutisch tätig

- ja
- nein

Kassenzulassung/Abrechnung über die GKV möglich

- ja LANR: _____
 BSNR: _____
 ½ Kassensitz ganzer Kassensitz
- nein

Neben meiner Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis (Angaben zum Arbeitgeber, Umfang)

bestimmt der ambulante Anteil nachvollziehbar meine Interessenlage.

_____, den _____

(Unterschrift)

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit € 100,- (ordentliche Mitglieder) bzw. € 24,- (außerordentliche Mitglieder).

app: Bielefeld e.V.
Arbeitskreis niedergelassenen psychologischer
PsychotherapeutInnen Bielefeld e. V.

Gerichtstraße 3
33602 Bielefeld

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige ich, (Name) _____ den app:
widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge für den app: e.V. zum 25.01. eines jeden Jahres
zu Lasten meines Kontos mit der IBAN _____
durch Lastschrift einzuziehen.

Das Mandat wird durch die Mandatsreferenznummer und unsere Gläubiger-ID gekennzeichnet. Diese werden
Ihnen per E-Mail nach Eingang und Prüfung der Antragsunterlagen mitgeteilt.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts
keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

_____, den _____

(Unterschrift)

app: Bielefeld e.V.
Arbeitskreis niedergelassenen psychologischer
PsychotherapeutInnen Bielefeld e. V.

Gerichtstraße 3
33602 Bielefeld

Erklärung der app:-Mitglieder bzgl. der ab 25.05.2018 gültigen europäischen Datenschutzverordnung

Hiermit stimme ich zu, dass der Arbeitskreis niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut_innen Bielefeld e.V. (app:) folgende Daten künftig verwenden darf für

- Adress- und Mailinglisten bzw. die Versendung einzelner, an Sie persönlich zu versendende Informationen (die regelmäßigen app:-Rundmails mit berufsrechtlich relevanten Informationen, dem vereinsinternem Mitgliederforum, den notwendigen Unterlagen für Honorarwidersprüche, Informationen und Einladungen zu vereinsinternen und –externen Veranstaltungen, Curricula, Beitragsquittungen etc.)

Name **Mailadresse** **Anschrift** **Telefonnummer** (Unzutreffendes bitte streichen)

- Falls vorhanden: Angaben zu meiner Praxis auf der Therapeut_innenliste bzw. Angaben zu meiner Person als Gremienvertreter_in auf der app:-Homepage mit

Name **Mailadresse** **Anschrift** **Telefonnummer** (Unzutreffendes bitte streichen)

Meine beim app: gespeicherten personenbezogenen Informationen (analog und digital) sind mir bekannt. Mir ist bekannt, dass ich über ein jederzeitiges Widerrufsrecht verfüge.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Datum/Unterschrift (auch digital)

Name, Vorname, Geburtsdatum