

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich dem bkj bei als

- Vollmitglied (bitte Approbationsurkunde in Kopie beifügen)
- Fördermitglied
- KJP in Ausbildung, beitragsfrei (bitte Ausbildungsnachweis beifügen)

BERUFSVERBAND

der Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutinnen
und Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeuten e.V.

Name, Vorname Geburtsdatum

Grundausbildung, bzw. Grundberuf/Titel

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon Fax Mobiltelefon

E-Mail Bundesland

Berufliche Tätigkeit

- angestellt in
- selbständig
- Teilzeit
- Vollzeit

Praxis- bzw. Arbeitgeberadresse

Telefon Fax

E-Mail

Zusendungen an

- Privatadresse
- Praxisadresse / Dienstadresse

Psychotherapeutische Ausbildung (Institut, Adresse, Zeitpunkt der Ausbildung)

Kassenzulassung erteilt durch (KV) am

Approbation erteilt durch am

Eintragung in das Arztregister am Verfahren

Aufnahme in die Therapeutenliste

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

Ort, Datum

X

Unterschrift

„FREIWILLIGE ANGABEN“ zur Beitrittserklärung für den bkj

zusätzliche Qualifikationen:

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

Fort- und Weiterbildungen:

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

Arbeitsschwerpunkte:

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

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

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

Mitgliedschaft in anderen Berufsverbänden (falls möglich Eintrittsdatum angeben):

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

Aufnahme in die Therapeutenliste

Bitte den gesonderten Antrag auf Aufnahme in die Therapeutenliste ausfüllen, unterschreiben, sowie eine Kopie der Approbationsurkunde beifügen.

bkj e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Brunnenstraße 53
65307 Bad Schwalbach

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

BIC¹

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.