

Ich beantrage die Aufnahme in die  
**Vereinigung psychotherapeutisch und psychosomatisch tätiger Kassenärzte e.V. (VPK)**

NAME: .....	VORNAME: .....	TITEL: .....
STRASSE:.....	HAUSNR.: .....	
PLZ : .....	ORT: .....	
TEL: .....	FAX: .....	E-MAIL: .....
BUNDESLAND: .....	KV: .....	

Datum .....                      Unterschrift .....

Ich bin mit der Aufnahme meiner E-Mail-Adresse in den VPK-Verteiler

einverstanden                       nicht einverstanden

(es sollen aktuelle Rundmails ermöglicht werden und - zur Kostensenkung - die Übermittlung von Rundschreiben erfolgen)

**Ich bin**

- Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für .....mit Zusatztitel Psychotherapie
- Ärztin/Arzt und Psychologin/Psychologe
- Psychoanalytikerin/Psychoanalytiker       Verhaltenstherapeutin/Verhaltenstherapeut

**SEPA Basis-Lastschriftverfahren**

Hiermit ermächtige ich die VPK Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VPK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name: .....                      Vorname: .....

Anschrift: .....

IBAN: DE \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

BIC: .....                      Kreditinstitut: .....

.....                      .....

Datum                      Unterschrift