

ÄNDERUNGSMITTEILUNG

Bitte richten Sie diese Mitteilung an:

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

Name, Titel, Vorname: _____
 Bei Namensänderung (vormals): _____
 Mitglieds-Nummer: _____ Fortbildungsnummer: _____

Änderung der Dienstanschrift zum: _____ Praxis Klinik Angestellt
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____
 E-Mail: _____

Änderung der Privatanschrift ab: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____
 E-Mail: _____

Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatanschrift Bundesland: _____
 Ich wünsche keine Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Änderung der Funktion ab: _____

Praxis Klinik Angestellt MVZ
 Facharzt Oberarzt Chefarzt SPV-Praxis
 Weiterbildungsassistent (im _____-WB-Jahr) Andere: _____
 ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein

Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Änderung meiner Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates ab: _____
 Kreditinstitut: _____
 IBAN: _____ BIC: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342
 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.

Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages.
 Ich widerrufe hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Mitteilung!