

Formular zur Erfassung Mitgliederdaten - Änderungen - SEPA-Mandat

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: (sofern bekannt): _____ 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 Homepage durchführen

(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: DE74BUN0000800342
 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 / Regionalgruppenbeitrages*.
 Ich widerrufe hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages*.
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

* In vielen Regionalgruppen wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Wir bedanken uns für Ihre Mitteilung!