

bvvp e.V.  
Württembergische Straße 31  
10707 Berlin

## Anmeldung

Per Fax-Nr.: (030) 88 72 5953, E-Mail: bvvp@bvvp.de oder Post an bvvp e.V.

Hiermit melde ich mich verbindlich an zur Informationsveranstaltung

### ***Kooperationsformen für psychotherapeutische Praxen***

am **Donnerstag, 16. Juni 2016, 17.30 -21.00 Uhr**  
in der **KV Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, Weimar**

Titel	Vorname	Name
-------	---------	------

<b>Praxisadresse:</b> Straße	PLZ	Ort
------------------------------	-----	-----

Telefon (für evtl. Rückfragen)	E-Mail	Verbandsmitgliedschaft bei
--------------------------------	--------	----------------------------

Datum	Unterschrift	Praxis-Stempel
-------	--------------	----------------

Der Kostenbeitrag in Höhe von **0 30,00 € 0 10,00 €** (Mitglieder eines Verbandes) wird per Lastschriftverfahren eingezogen, hierfür erteile ich das Lastschriftmandat.

<b>Erteilung Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren</b>	<b>Typ: Einmalig</b>
--	----------------------

Zahlungsempfänger(Gläubiger): **bvvp e.V., Württembergische Straße 31, 10707 Berlin**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE77ZZZ00000671763	Mandatsreferenz: Wird mit Bestätigung mitgeteilt
---	--

Ich ermächtige den bvvp e.V., den fälligen Teilnehmerbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom bvvp e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Kontoinhaber/in:</b> Titel	Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------------------------	------	---------	--------------

Straße	Nr.	PLZ	Ort
--------	-----	-----	-----

Kreditinstitut:

IBAN

BIC

Ort	Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
-----	-------	------------------------------------