

BEITRITTSERKLÄRUNG



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V. und Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie - Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V. ab 01.01.20
oder ab 01.07.20

Gleichzeitig trete ich dem DGVT - Berufsverband Psychosoziale Berufe (DGVT-BV) e.V. bei.
Ich verpflichte mich, mein berufliches Handeln an den Ethischen Rahmenrichtlinien der DGVT und des DGVT-BV auszurichten.

Persönliche Daten

Frau Herr

Akad. Grad Geb.-Datum

Nachname Vorname

Privatanschrift

Straße PLZ, Ort

Bundesland Telefon

E-Mail Fax

Dienst-/Praxisanschrift

Arbeitgeber/
Institution Straße

PLZ, Ort Bundesland

Telefon E-Mail

Bitte teilen Sie uns immer Ihre aktuelle Mailadresse mit, da wir uns vorbehalten, Einladungen zu MVen nur digital zu verschicken.

Angaben zur Beitragsbemessung

- Ich bin in Vollzeit berufstätig (Jahresbeitrag DGVT 120 € / DGVT-BV 100 €).
- Ich bin in Teilzeit (bis 20 Stunden/Woche) berufstätig (Jahresbeitrag DGVT 75 € / DGVT-BV 60 €).
- Ich absolviere meine praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung (Jahresbeitrag DGVT 75 € / DGVT-BV 60 €).
- Ich bin arbeitslos / nicht erwerbstätig / in Elternzeit / in Rente / studierend (Zweitstudium)
(Jahresbeitrag DGVT 50 € / DGVT-BV 35 €).
- Ich bin studierend im (konsekutiven) Erststudium* (Jahresbeitrag DGVT 0 € / DGVT-BV 0 €).

**Die kostenlose Mitgliedschaft gilt nicht für Promovierende und PiAs (PP/KJP)*

Bitte Nachweis vorlegen (Teilzeittnachweis, Praktikumsvertrag, Studienbescheinigung, Arbeitslosenbescheinigung, Rentenbescheid, ...).

Der Nachweis gilt jeweils für ein Jahr.

Angaben zur Art der Tätigkeit

- Ich bin angestellt.
- Ich bin angestellt und freiberuflich/niedergelassen tätig.
- Ich bin freiberuflich/niedergelassen tätig.
- Ich bin Beamte/r.

Angaben zum Studium

- Bachelor in
- Master in
- Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Medizin
- Dipl.-Soz.-Päd. Dipl.-Soz.-Arb.
- Sonstige (bitte notieren)

Angaben zur Ausbildung nach PsychThG

- Ich befinde mich derzeit in der Ausbildung zum/zur PP, zum/zur KJP.
- Ausbildungszentrum der
DGVT-AusbildungsAkademie, Standort
- Anderes Ausbildungsinstitut

Meine Tätigkeitsschwerpunkte

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie | <input type="checkbox"/> Reha | <input type="checkbox"/> Supervision / Coaching |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Wissenschaft und Lehre | <input type="checkbox"/> Prävention | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Pflege | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Bereich | | |

Angaben zur Approbation

- Psychologische/r Psychotherapeut/in
- Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn
- Arzt/Ärztin

Falls Sie niedergelassen sind

- KV-Zulassung
- Wenn ja, in welcher KV?
- Kostenerstattung/Privatpraxis

Wie sind Sie auf DGVT und DGVT-BV aufmerksam geworden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von KollegInnen/KommilitonenInnen | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Info-Flyer | <input type="checkbox"/> DGVT-/DGVT-BV-Zeitschriften |
| <input type="checkbox"/> DGVT-Jahresprogramm Fort- und Weiterbildung | <input type="checkbox"/> Besuch einer DGVT-Veranstaltung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte notieren) <input type="text"/> | |

Was hat Sie zum Beitritt veranlasst?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Die gesundheits- und sozialpolitischen Positionen der DGVT überzeugen mich. | <input type="checkbox"/> Vernetzungsmöglichkeit / Austausch mit KollegInnen. |
| <input type="checkbox"/> Aktuelle Informationen über die Entwicklungen unseres Berufsstandes. | <input type="checkbox"/> Interesse an den Fachzeitschriften von DGVT / DGVT-BV. |
| <input type="checkbox"/> Günstige Konditionen für Mitglieder bei Ausbildung zum PP/KJP. | <input type="checkbox"/> Günstige Konditionen für Mitglieder bei Fortbildungen und Kongressen. |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte bei Bedarf juristische Beratung in Anspruch nehmen. | <input type="checkbox"/> Ich wünsche mir eine berufspolitische Interessenvertretung. |

Bitte nehmen Sie mich in den Verteiler für DGVT-Fortbildungsangebote auf.

- Per Post
- Per E-Mail

Möchten Sie an Mailinglisten teilnehmen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> altern@dgvt.de (Psychotherapie mit älteren Menschen) | <input type="checkbox"/> angestellte@dgvt-bv.de (für KollegInnen, die in einer Institution angestellt tätig sind) |
| <input type="checkbox"/> diskussion@dgvt.de (gesundheits- und sozialpolitische Themen) | <input type="checkbox"/> inklusion@dgvt-bv.de (Diskussion und Informationen zum Thema Inklusion) |
| <input type="checkbox"/> fgkiju@dgvt.de (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) | <input type="checkbox"/> kostenerstattung@dgvt-bv.de (für KollegInnen, die in der Kostenerstattung tätig sind) |
| <input type="checkbox"/> frauen@dgvt.de (frauenpolitische Themen) | <input type="checkbox"/> niedergelassene@dgvt-bv.de (Fragen rund um den Praxissitz) |
| <input type="checkbox"/> migration@dgvt.de (Migrationsthemen) | |
| <input type="checkbox"/> piaag@dgvt.de (für PsychotherapeutInnen in Ausbildung) | |
| <input type="checkbox"/> psychosomatik@dgvt.de (Psychosomatik) | |

Die angegebenen Daten werden von DGVT, DGVT-BV und DGVT-AusbildungsAkademie zum Zweck der Mitglieder- bzw. Teilnehmerverwaltung genutzt.

Ort, Datum

Unterschrift

Kombimandat Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

1. Einzugsermächtigung: Ich ermächtige die **DGVT e. V.** sowie den **DGVT-BV e. V.** widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die **DGVT e. V.** sowie den **DGVT-BV e. V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **DGVT e. V.** sowie dem **DGVT-BV e. V.** 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE2522200000243668

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Kontonummer	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Bankleitzahl	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>
Bank	<input type="text"/>	Kontoinhaber/in	<input type="text"/>
Ort, Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>

Bitte senden an

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie - Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V.
Bundesgeschäftsstelle • Corrensstraße 44 - 46 • 72076 Tübingen
Tel: 07071 9434 - 0 • Fax: 07071 9434 - 35
E-Mail: dgvt@dgvt.de oder info@dgvt-bv.de • www.dgvt.de | www.dgvt-bv.de