

Antrag auf Mitgliedschaft im SAV - Stationär-ambulanter Verbund zur Rehabilitation e.V. / Aktualisierung der Mitgliedsdaten

Persönliche Daten

Name:		Vorname:	
Geb.-Datum:		Akad. Titel:	

Privatadresse:

Straße:		Hausnr.:	
PLZ:		Ort:	
Tel.:		Fax:	
Mail privat:			

Dienst- / Praxisanschrift

Praxis / Einrichtung:			
Straße:		Hausnr.:	
PLZ:		Ort:	
Tel.:		Fax:	
Mail berufli.:			
Homepage:			

Tätigkeit / Qualifikationen:

Studienabschluss als:			
Primäre berufl. Tätigkeit:			
Approbation:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, als:	
Klinische*r Neuropsycholog*in GNP:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Klinische*r Neuropsycholog*in PTK:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja - welche PTK?	
Ambulante Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Kassensitz VT / NP	<input type="checkbox"/> Ambulanter Rehadienst	
	<input type="checkbox"/> Sonderbedarf / Ermächt.	<input type="checkbox"/> Privatpraxis / Kostenerstatt.	
Teil-/Stationäre Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Leitungsfunktion	<input type="checkbox"/> Angestellt	
	<input type="checkbox"/> In Weiter- / Ausbildung		

Meine Angebote/Tätigkeiten im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung:

Ich stehe als Erbringer*in ambulanter Behandlung zur Verfügung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich stehe als Erbringer*in stationärer Behandlung zur Verfügung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich stehe als Erbringer*in teilstationärer Behandlung zur Verfügung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich erstelle Gutachten zu neuro-psychologischen Fragestellungen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich stehe als Supervisor*in für Neuropsychologie zur Verfügung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
In meiner Praxis/Klinik kann man (Pflicht-)Praktika im Bereich der Klinischen Neuropsychologie absolvieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
In meiner Praxis/Klinik kann man die Weiterbildung zum/zur Klinische/n Neuropsychologen/-in machen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Meine Praxis/Klinik ist Teil eines Weiterbildungsverbundes für die Weiterbildung zum/zur Klinische/n Neuropsychologen/-in	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Öffentlichkeitsarbeit:

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Dienstadresse auf der Homepage des SAV e. V.

einverstanden nicht einverstanden

Bei Einverständnis bitte auswählen:

mit Nennung der dienstlichen Homepage mit Nennung der dienstlichen E-Mail-Adresse

mit Nennung Homepage & E-Mail-Adresse Weder Homepage, noch E-Mail-Adresse

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Angebote/Tätigkeiten im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung, wie oben angegeben, auf der Homepage des SAV e. V.

einverstanden nicht einverstanden

Korrespondenzanschrift für Vereinszwecke (bitte auswählen):

<input type="checkbox"/> beruflich	<input type="checkbox"/> privat
------------------------------------	---------------------------------

Hiermit stelle ich einen Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft im Stationär-ambulanter Verbund zur Rehabilitation e.V. und erkenne gleichzeitig die Satzung an.

Mit der Speicherung meiner Daten durch den SAV e. V. bin ich einverstanden.

Diese Daten werden nur zu Vereinszwecken verwendet (bspw. Einladung zu Mitgliederversammlung, Rechnungen, Beitragsbestätigung, Spendenbescheinigung u. ä.); wenn nicht obenstehend anders eingewilligt. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß der gültigen europäischen Datenschutzverordnung werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Mein Aufnahmeantrag wird durch die schriftliche Bestätigung durch den Vorstand des SAV e. V. wirksam. Die Mitgliedschaft endet mit dem Tod, durch Austritt oder durch Ausschluss aus dem Verein. Der Austritt ist schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erklären.

Ort, Datum, Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

SEPA-Lastschriftmandat zur Mitgliedschaft im SAV - Stationär-ambulanter Verbund zur Rehabilitation e.V. / Einzugsermächtigung

Jahresbeitrag derzeit: **50,00 Euro**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI): **DE36ZZZ00001744545**

Mandatsreferenz: **= Ihre Mitglieds-Nr.**

Ich ermächtige den SAV - Stationär-ambulanter Verbund zur Rehabilitation e.V. Zahlungen, insbesondere Mitgliedsbeiträge für das oben angeführte Mitglied, von meinem Konto wiederkehrend mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem SAV e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils am 1. Oktober jährlich fällig.

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.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber*in: _____

Ich werde die jeweils gültigen Mitgliedsbeiträge jährlich zum 01. Oktober selbst überweisen bzw. einen entsprechenden Dauerauftrag einrichten:

Kontoinhaber: SAV-stationär-ambulanter Verbund

IBAN: DE47 7416 0025 0000 4917 21

BIC: GENODEF1DEG

Bank: Raiffeisenbank eG Deggendorf-Plattling-Sonnenwald