

- Beitrittserklärung
- Änderungsmitteilung

Geschäftsstelle: Umbach 4, 55116 Mainz
Email: mail@bkjpp.de, Tel. 06131 6938070



Berufsverband
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
in Deutschland e.V.

Auf der **Website des bkjpp e.V.** unter <http://www.bkjpp.de/> finden Sie wertvolle Informationen, u.a. auch die **Satzung** unter <http://www.bkjpp.de/berufsverband/satzung/>, in der Aufgaben und Zweck des bkjpp e.V. festgelegt sind und die dort zum Download und Speichern bereitsteht.

Hier finden Sie auch die **Beitragsordnung** unter <http://www.bkjpp.de/berufsverband/beitragsordnung/> und die **Datenschutzerklärung** unter <http://www.bkjpp.de/datenschutz/>. Beide Dokumente stehen hier zum Download und zum Speichern für Sie bereit. Eine Mitgliedschaft im bkjpp e.V. verpflichtet zur Zahlung des Jahresbeitrags, der aus zwei Teilen besteht, dem Bundesbeitrag und dem Beitrag der zugeordneten Regiogruppe.

Korrespondenzadresse: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Angaben mit * sind Pflichtangaben.)

Anrede/ Titel: _____ Geburtsdatum*: _____

Name*: _____ Bei Namensänderung (vormals)*: _____

Vorname*: _____ Institution: _____

Straße* und Nr*: _____

PLZ* und Ort*: _____

Email*: _____

Telefon/ Mobil*: _____ Zust. Landesärztekammer*: _____

Ich bin Fachärztin/ -arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*: Trifft zu. Trifft nicht zu.

Ich bin Ärztin/ Arzt in Weiterbildung zur KJPP* Trifft zu. Trifft nicht zu.

Ich bin Student:in der Humanmedizin* Trifft zu. Trifft nicht zu.

Sonstiges: _____

Ich bin niedergelassen mit eigener Kassenzulassung oder MVZ-Inhaber*: Trifft zu. Trifft nicht zu.

Ich arbeite in einem Anstellungsverhältnis oder einer Verbeamtung*: Trifft zu. Trifft nicht zu.

Rechtliche Grundlage für meine Tätigkeit ist ein bedarfsplanungsrelevanter Bescheid des KV-Zulassungsausschuss („mit KV-Sitz“)*: Trifft zu. Trifft nicht zu.

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. Diese Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufbar. Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (bkjpp e.V.) Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74 BUNO 0000 8003 42. Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

Ich ermächtige den bkjpp e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Ort: _____ Datum: _____ **Unterschrift** _____

Unterschrift Kontoinhaber/ Kontoinhaber

Ich habe die **Satzung** und **Beitragsordnung** eingesehen und beantrage die Mitgliedschaft im bkjpp e.V.

Ort*: _____ Datum*: _____ **Unterschrift*** _____

Für Anträge zur Reduktion des Mitglieder-Jahresbeitrags nutzen Sie bitte das Formular Anlage 3 der Beitragsordnung.

Auszug aus der Beitragsordnung, gültig ab 01.01.2025:

„Beitragsordnung des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (kurz auch „BO bkjpp“ genannt)

Aufgrund der Ermächtigung in §7 der Satzung des „Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.“ (kurz auch „bkjpp e.V.“ genannt), verabschiedet am 16.11.2023 mit Inkrafttreten zum 01.01.2024, zuletzt geändert am 14.11.2024 mit Inkrafttreten zum 01.01.2025 gibt sich der bkjpp e.V. folgende Beitragsordnung:

...

§2 Mitgliedsbeiträge

...

- (5) In dieser BO bkjpp sind abschließend folgende Beitragskategorien vorgesehen. Alle ordentlichen Mitglieder gemäß §4, Nr. 1 a der Satzung des bkjpp e.V. werden einer dieser Beitragskategorien zugeordnet.
- a. Beitragskategorie 1: Praxis- oder MVZ-Inhaber.
 - b. Beitragskategorie 2: Angestellte Fachärzte mit einer Tätigkeit auf der rechtlichen Grundlage eines bedarfsplanungsrelevanten Bescheids des KV-Zulassungsausschusses (kurz: „mit KV-Sitz“).
 - c. Beitragskategorie 3: Angestellte Weiterbildungsassistenten oder Fachärzte mit einer Tätigkeit, die nicht auf der rechtlichen Grundlage eines bedarfsplanungsrelevanten Bescheids des KV-Zulassungsausschusses beruht (kurz: „ohne KV-Sitz“); diesen gleichgestellt sind selbständige Fachärzte, die nicht in Beitragskategorie 1 fallen.
 - d. Beitragskategorie 4: Mitglieder, die aufgrund von Alter oder Erwerbsunfähigkeit eine Rente beziehen und nicht mehr als geringfügig beschäftigt sind im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV (kurz: „Rentner“). Mitglieder dieser Beitragskategorie zahlen keinen Mitgliedsbeitrag.

...

Anlage 1: Bundes-Beiträge ab 01.01.2025

Beitragskategorie 1	Regeltarif	600,- EUR
	Unter-75T-EUR-Tarif	400,- EUR
	Unter-50T-EUR-Tarif	250,- EUR
	Unter-25T-EUR-Tarif	125,- EUR
Beitragskategorie 2	Regeltarif	300,- EUR
	Unter-75T-EUR-Tarif	200,- EUR
	Unter-50T-EUR-Tarif	125,- EUR
	Unter-25T-EUR-Tarif	125,- EUR
Beitragskategorie 3	Regeltarif	125,- EUR
Young-Tarif		50,- EUR

Die Beitragskategorien und die entsprechenden Beitragsunterkategorien sind in §2 Nr. 5 ff. der BO bkjpp definiert.

Anlage 2: Regio-Beiträge ...

Anlage 3: Antrag auf Überprüfung der Beitragskategorie und Beitragsunterkategorie ...“