

**ATEM – Der Berufsverband e.V.**

An den Vorstand  
Otto-Franke-Str. 97  
12489 Berlin

**AUFNAHMEANTRAG**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim BV-ATEM®.

Folgende Angaben sind für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses erforderlich:

Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
E-Mail:	Geburtsdatum:
Unternehmen / Verein:	Land:
<p><b>Bitte zutreffendes ankreuzen:</b></p> <p><b>ordentliches Mitglied:</b> mit Zertifikat des BV-ATEM® 200,- €/jährlich</p> <p><b>außerordentliches Mitglied:</b> ohne Zertifikat des BV-ATEM® 200,- €/jährlich</p> <p><b>Vereine / Verbände:</b> 200,- €/jährlich</p> <p><b>Doppelmitglieder:</b> Verein mit Mitglieds-Nr. muss genannt werden 100,- €/jährlich</p> <p><b>in der Ausbildung:</b> Beitragsfrei (max. 3 Jahre)</p> <p><b>Fördermitglied:</b> 50,- €/jährlich</p> <p><b>Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 50,- €</b></p> <p>Die Aufnahme als Mitglied ist daran gekoppelt, dass dem BV-ATEM® ein <b>SEPA-Lastschriftmandat</b> für den Mitgliedsbeitrag erteilt wird die zu Beginn jeden Kalenderjahres eingezogen werden. Änderungen der Bankverbindung sind dem Verein unverzüglich und schriftlich mitzuteilen.</p> <p>Fälligkeit: mit Start der Mitgliedschaft, in den folgende Jahren der bestehenden Mitgliedschaft jeweils zum 1. Januar des Kalenderjahres.</p>	

**Angaben für den Eintrag auf der Webseite des BV-ATEM®**

Name der Praxis:	Telefon / Mobil-Nr.:
Webseite:	Adresse:
E-Mail-Adresse:	PLZ / Ort / Land
Zusätzliche Angaben / Qualifikationen:	

**Bitte ankreuzen: zusätzlicher Eintrag in folgende Fachbereiche**

Atempsychotherapie / Palliative Atemtherapie / Atem für Kinder / ATEM im Beruf  
Für den Eintrag in den Fachbereich Atempsychotherapie ist eine Zertifikat zur APT vom BV-ATEM® erforderlich.

Die Angaben werden auf der WEB Seite [www.bvatem.de](http://www.bvatem.de) in die Therapeutenliste aufgenommen.  
Wenn ich damit nicht einverstanden bin, habe ich das Recht dazu Widerspruch ein zu legen  
Änderungen der Daten und Widerspruch bitte per E-Mail an: [info@bvatem.de](mailto:info@bvatem.de)

**Angaben zur Ausbildung**

Ausbildungsinstitut:	AusbilderIn:
Ausbildungszeit:	(voraussichtliches) Prüfungsdatum:
Zusatzqualifikationen:	
Ausbildungsunterlagen mit Zertifikat liegen bei Unterlagen werden mit Ausbildungsabschluss nachgereicht	

**Bitte ankreuzen und unterschreiben:**

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zur Bildung von Arbeitskreisen) weitergegeben werden dürfen.

Die Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen

**Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Rückantwort

als ausgefülltes PDF-Formular an:  
[info@bvatem.de](mailto:info@bvatem.de)

oder per Post an:

ATEM – Der Berufsverband e.V.  
Otto-Franke-Str. 97  
12489 Berlin



An

ATEM – Der Berufsverband e. V.  
Otto-Franke-Str. 97  
12489 Berlin

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000868889

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige den BV-ATEM®, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Die einmalige **Aufnahmegebühr**, (oder bei Bedarf die **Prüfungsgebühr**)

sowie der **jährliche Mitgliedsbeitrag** ab 20.....

jährlich

(jeweils zum 1. April ab dem Folgejahr)

1x im Quartal

(jeweils zum 15. des zweiten Monats, **möglich ab dem Folgejahr**)

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem BV-ATEM® auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Name und Vorname des BV-ATEM-Mitglieds (falls nicht identisch mit dem Kontoinhaber)	
Name und Vorname des Kontoinhabers	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort, Land	
IBAN	
BIC	
genaue Bezeichnung des Kreditinstituts	

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (handschriftlich)

Dieses Formular bitte per Post senden.

**Ihre Daten können Sie direkt in der PDF eintragen**