

KOMPAKT & PRAXISGERECHT

Mit dem EBM Info-Paket Plus haben Sie eine praxisgerechte Hilfestellung für Ihre Abrechnung. Es bietet eine Übersicht über die wichtigsten Informationen zur GKV- und Privatpatientenabrechnung und kompakte Fachkapitel-Tabellen sowie Abrechnungsbeispiele. Hinzu kommen der ICD-10-Spickzettel und als Plus GOÄ- und GOP-Tabellen.

INTERESSIERT?

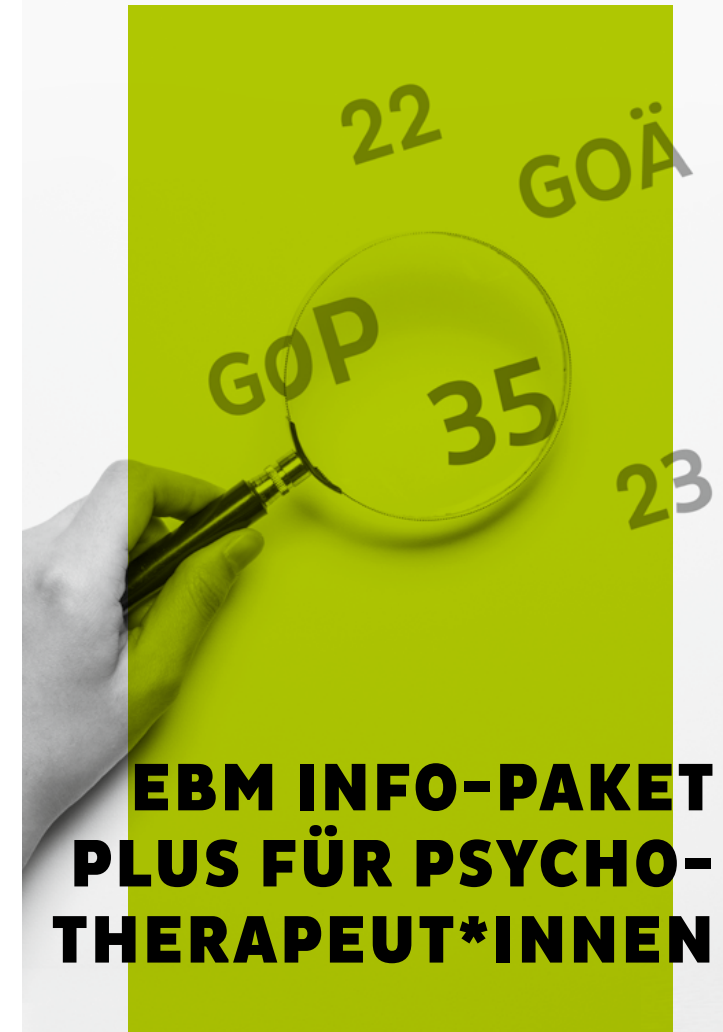
Dann einfach das Bestellformular ausfüllen und abschicken. Die Lieferung erfolgt per Post direkt in Ihre Praxis.

Mitglieder des bvvp erhalten das EBM Info-Paket Plus einmal jährlich kostenlos.

Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten – kurz bvvp – ist der einzige Verband, der sich berufsgruppen- und verfahrensübergreifend für die Interessen aller VertragspsychotherapeutInnen einsetzt. In ihm haben sich über 5200 ärztliche PsychotherapeutInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen aller anerkannten Richtlinienverfahren zusammengeschlossen. Er trägt damit maßgeblich zum Zusammenwirken der drei psychotherapeutischen Berufsgruppen bei und ist die größte integrative Interessensvertretung von ärztlichen, psychologischen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Der bvvp setzt sich dafür ein, die Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Praxen, die Qualität der Versorgung und die Vielfalt der Praxisstrukturen zu erhalten und zu verbessern sowie die Ausbildungs- und WeiterbildungskandidatInnen zu fördern. Weitere Ziele sind angemessene Kriterien zur Bewertung und Zulassung neuer Psychotherapieverfahren sowie für die fachlich angemessene Weiterentwicklung von Therapie- und Behandlungsleitlinien.

bvvp e.V.
**Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten**
Württembergische Straße 31
10707 Berlin
Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
eMail: bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de



EBM INFO-PAKET PLUS FÜR PSYCHO- THERAPEUT*INNEN

**Die praxisgerechte Hilfestellung
für Ihre Abrechnung**

PER FAX: 030 88725953

PER E-MAIL: bvvp@bvvp.de

PER POST AN:

bvvp e.V.
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

KOSTENBEITRAG PRO AUSGABE (JÄHRLICH)

28,00 € incl. 7 % MwSt.

zzgl. 3,00 € Versandkostenpauschale

Kündigungsfrist zwei Wochen zum Jahresende schriftlich.
Die jeweils aktuelle Version wird per Post an die Praxisadresse
verschickt.

Mitglieder des bvvp erhalten das Info-Paket kostenfrei im
Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Zahlung ausschließlich per SEPA-Lastschrift.

Das Mandat (unten) wird mit der Bestellung erteilt.

**ABONNEMENT
EBM INFO-PAKET PLUS**

TITEL, NAME, VORNAME

PRAXISANSCHREIBE: STRASSE, PLZ, ORT

TELEFON, FAX

E-MAIL

Ich verpflichte mich, die bereitgestellten Dokumente nicht ohne
Zustimmung des bvvp zu kopieren oder anderweitig weiterzu-
geben (© bvvp). Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbei-
tung meiner Daten (gemäß BDSG), bin ich einverstanden. Ich habe
jederzeit die Möglichkeit, Auskunft über diese zu erhalten.

Ihre Daten werden zur Abwicklung des Abonnements/der Be-
stellung durch uns erhoben und verarbeitet. Hierfür können sie
auch an von uns beauftragte Dienstleister übermittelt werden.
Sie werden solange gespeichert, wie dies aus vertraglichen oder
rechtlichen Gründen erforderlich ist. Ihre Rechte aus Art. 15 ff und
77 ff DS-GVO bleiben unberührt. Weitere Hinweise:
<https://bvvp.de/grundsätze-der-datenverarbeitung>

Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen

Ich habe die Widerrufsbelehrung zur Kenntnis genommen

<https://bvvp.de/widerrufsrecht/>

DATUM

UNTERSCHRIFT

ERTEILUNG SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

TYP: Wiederkehrende

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (GLÄUBIGER): bvvp e.V.,

Württembergische Straße 31, 10707 Berlin

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER: DE77ZZZ00000671763

MANDATSREFERENZ: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den bvvp e.V., den von mir zu entrichtenden
Kostenbeitrag für das bvvp EBM Info-Paket Plus bei Fälligkeit von
meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wei-
se 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.

KREDITINSTITUT

IBAN

BIC

KONTOINHABER/IN

TITEL, NAME, VORNAME

DATUM

UNTERSCHRIFT (ZAHLUNGSPFLICHTIGER)