

GKinD
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser
und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.
c/o DRK-Kinderklinik Siegen
Wellersbergstr. 60
57072 Siegen

Antrag auf Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten

- Voll-Mitglied (§3 Abs. 1a, Vereinssatzung) der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland werden.
Wir betreiben in unserer Trägerschaft insgesamt _____ **Kinderbetten** in einem **Kinderkrankenhaus oder einer Kinderabteilung** nach der Definition Bundespflegegesetzverordnung.
- außerordentliches Mitglied (§3 Abs. 1b, Vereinssatzung) der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland werden.
Wir **betreiben** eine Einrichtung zur medizinischen, pflegerischen, psychologischen, sozialen oder pädagogischen Betreuung von Kindern mit insgesamt _____ **Kinderbetten**.

Die Satzung liegt uns vor. Uns ist bekannt, daß der jährliche Mitgliedsbeitrag von der Mitgliederversammlung 2009 nach Betten gestaffelt wie folgt festgelegt wurde:

1 - 50 Betten	500,00 €
51 – 100 Betten	720,00 €
101 – 150 Betten	860,00 €
mehr als 150 Betten	1.080,00 €

- Ich möchte außerordentliches Mitglied (§3 Abs. 1c Vereinssatzung) der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland werden.

Die Satzung liegt mir vor. Mir ist bekannt, daß der jährliche Mitgliedsbeitrag von der Mitgliederversammlung 2009 für Einzelpersonen auf **60,00 €** festgelegt wurde.

- Ich möchte förderndes Mitglied (§3 Abs. 1d Vereinssatzung) der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland werden.

Als Mitgliedsbeitrag zahle ich jährlich _____ €.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Vollmitgliedschaft Stempel Träger)

b.w.

Angaben zum Mitglied

<u>Krankenhaus</u>		
<u>Anschrift</u>		
<u>Krankenhaus</u>		
<u>Anschrift</u>		
<u>Verwaltungsleitung</u>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
<u>Ärztliche Leitung</u>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
<u>Pflegediensleitung</u>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
<u>Ansprechpartner für die GKinD</u>		
Name:		
Funktion:		
Tel:		
Fax:		
E-Mail:		
<u>Fachrichtung in der Kinderheilkunde</u>	<u>Anzahl der Betten</u>	<u>Leitung der Abteilung</u>

Angaben zum Fördermitglied

<u>Bezeichnung:</u>	
<u>Anschrift</u>	
Straße:	
PLZ:	
Ort:	
<u>Ansprechpartner für die GKinD</u>	
Name:	
Funktion:	
Tel:	
Fax:	
E-Mail:	