

Bitte senden an:

GKinD e.V.
Tannenstraße 15
57290 Neunkirchen

Fon 030.60984281
Fax 030.60984283
Email christiane.schneider@gkind.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage/n wir/ich folgende Mitgliedschaft in der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD e.V.):

- Voll-Mitgliedschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe a der Vereinssatzung)
Wir betreiben in unserer Trägerschaft _____ **Kinderbetten** in einem **Kinderkrankenhaus** oder der **Kinderabteilung** unseres Krankenhauses.
Die Satzung liegt vor. Es ist bekannt, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag von der Mitgliederversammlung 2019 nach Betten gestaffelt wie folgt festgelegt wurde:

1 – 50 Betten	1.450,00 €
51 – 100 Betten	2.180,00 €
101 – 150 Betten	2.770,00 €
mehr als 150 Betten	3.230,00 €

- Voll-Mitgliedschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe a der Vereinssatzung)
Wir betreiben in unserer Trägerschaft ein **Sozialpädiatrisches Zentrum**.
Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 1.090,00 €.
- Wir sind bereits Voll-Mitglied und beantragen zusätzlich die Einbeziehung unseres **Sozialpädiatrischen Zentrums**.
Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 360,00 €.
- Außerordentliche Mitgliedschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe b der Vereinssatzung)
Wir **betreiben** eine Einrichtung zur medizinischen, pflegerischen, psychologischen, sozialen oder pädagogischen Betreuung von Kindern mit insgesamt _____ **Kinderbetten**.
- Außerordentliche Einzel-Mitgliedschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe c der Vereinssatzung)
Die Satzung liegt mir vor. Mir ist bekannt, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag von der Mitgliederversammlung 2019 für Einzelpersonen auf **100,00 €** festgelegt wurde.
- Fördernde Mitgliedschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe d der Vereinssatzung)

Freiwilliger Förderbeitrag jährlich _____ €.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Vollmitgliedschaft zusätzlich Stempel des Trägers)

Angaben zum Mitglied

<u>Krankenhausträger</u>		
<u>Straße, PLZ, Ort</u>		
<u>Krankenhaus / SPZ</u>		
<u>Straße, PLZ, Ort</u>		
<u>Verwaltungsleitung</u>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
E-Mail:		
<u>Ärztliche Leitung</u>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
E-Mail:		
<u>Pflegedienstleitung</u>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
E-Mail:		
<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

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