

Bitte senden an:

**GKinD e.V.**  
Tannenstraße 15  
57290 Neunkirchen

Fon 030.60984281  
Fax 030.60984283  
Email [christiane.schneider@gkind.de](mailto:christiane.schneider@gkind.de)

### Antrag auf Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage/n ich/wir 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 2016 nach Betten gestaffelt wie folgt festgelegt wurde:

1 – 50 Betten	1.100,00 €
51 – 100 Betten	1.650,00 €
101 – 150 Betten	2.100,00 €
mehr als 150 Betten	2.450,00 €

- Voll-Mitgliedschaft (§ 3 Abs. 1 Buchstabe a der Vereinssatzung)  
Wir betreiben in unserer Trägerschaft ein **Sozialpädiatrisches Zentrum**.  
Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 825,00 €.
- Wir sind bereits Voll-Mitglied und beantragen zusätzlich die Einbeziehung unseres **Sozialpädiatrischen Zentrums**.  
Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 275,00 €.
- 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 2016 für Einzelpersonen auf **75,00 €** 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

<b><u>Krankenhausträger</u></b>		
<b><u>Straße, PLZ, Ort</u></b>		
<b><u>Krankenhaus / SPZ</u></b>		
<b><u>Straße, PLZ, Ort</u></b>		
<b><u>Verwaltungsleitung</u></b>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
E-Mail:		
<b><u>Ärztliche Leitung</u></b>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
E-Mail:		
<b><u>Pflegedienstleitung</u></b>		
Name:		
Tel:		
Fax:		
E-Mail:		
<b><u>Ansprechpartner für die GKiND</u></b>		
Name:		
Funktion:		
Tel:		
Fax:		
E-Mail:		
<b><u>Fachrichtung in der Kinderheilkunde</u></b>	<b><u>Anzahl der Betten</u></b>	<b><u>Leitung der Abteilung</u></b>

## Angaben zum Fördermitglied

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