

## Beitrittserklärung

### zur Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)

Dr. Bernd Herrmann OA Kinder- und Jugendmedizin Kinderschutzambulanz Klinikum Kassel Mönchebergstr. 41-43  <b><u>34125 Kassel</u></b>	<u>oder per FAX:</u>  <b>0561-980-6758</b>
--	--

.....Knick für Fensterumschlag.....

Titel/Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf/Position: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Mit den Zielen und der Satzung der **DGKiM\*** erkläre ich mich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass die Adressdaten zu Zwecken der Vernetzung und zu internem Informationsaustausch – **nur innerhalb der DGKiM-** verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag von derzeit **50.- €** jährlich von meinem Konto ab:

Kto-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

\*unter [www.dgkim.de](http://www.dgkim.de) einsehbar

**Weitere Angaben zu Art und Kontaktdaten der eigenen Kinderschutzarbeit**

*(nur 1x pro Gruppe/Ambulanz etc. erforderlich; nicht erforderlich wenn Daten der DGKiM bekannt  
-Übermittlung der Angaben per Mail bevorzugt)*

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evtl. weitere Angaben/Mail-/Tel.daten/Ansprechpartner:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kommentare:

**PS.**

**Bitte denken Sie im Falle eines etwaigen zukünftigen Wechsels Ihrer E-Mail bzw. Arbeitsplatzes daran, uns zu informieren, da wir etliche KollegInnen auf diese Art "verloren" haben und unsere Mails "unbekannt" zurückkommen. Vielen Dank!**