

# Beitrittserklärung

## zur Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)

Dr. Bernd Herrmann OA Kinderklinik Klinikum Mönchebergstr. 41-43  <b><u>34125 Kassel</u></b>	<u>oder per FAX:</u>  <b>0561-9806951</b>
--	---

.....Knick für Fensterumschlag.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag von derzeit 25.- € jährlich von meinem Konto ab:

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

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

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

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

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

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

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

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

Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Klinik: \_\_\_\_\_  
Abteilung: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_  
Website: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Evtl. weitere Mail-/Tel.daten/Ansprechpartner:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- *vgl. Adressenliste in Datei „Medizinischer Kinderschutz Deutschland-13.5.08“*