



Beitrittserklärung* zum Verein „Politische Kindermedizin“

Ich möchte dem Verein „Politische Kindermedizin“ beitreten und strebe folgende Mitgliedschaft an (bitte ankreuzen):

ordentliches Mitglied: ich bin bereit, neben meinem persönlichen Engagement für die Vereinsziele einen Mitgliedsbeitrag von jährlich € 50.- zu entrichten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten für vereinsinterne Zwecke wie z.B. Einladungen und andere Aussendungen etc. verwendet werden. Die Statuten des Vereins sind mir bekannt (zu finden auf www.polkm.org)

förderndes Mitglied: ich stimme den Zielen des Vereins zu, möchte diese unterstützen ohne selbst aktiv zu werden und bin bereit, einen Mitgliedsbeitrag von jährlich € 80.- zu entrichten. Ich bin mit der Verwendung meiner Kontaktdaten wie oben einverstanden, die Statuten sind mir bekannt.

förderndes Mitglied als Verein/juristische Person: ich vertrete einen Verein oder eine andere juristische Person, der/die die Arbeit der Politischen Kindermedizin unterstützen möchte und bereit ist, dafür einen Mitgliedsbeitrag von jährlich € 150.- zu entrichten.

Vorname	Nachname	Titel
Vertreterin des Vereins (oder andere juristische Person)		
Strasse, Hausnummer		
PLZ	Ort	
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer		
Ort, Datum	Unterschrift	

*die Aufnahme erfolgt laut Statuten durch den Vorstand in der nächsten Sitzung

Bitte schicken Sie dieses Beitrittsformular

- per E-Mail an office@polkm.org

Ziele der Politischen Kindermedizin

- Stärkung des Bewusstseins für die gesellschaftliche Verantwortung in der Kindermedizin
- Aufzeigen und Veröffentlichung von Defiziten und deren Ursachen in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Einsatz für die Behebung solcher Mängel – auch mit politischen Mitteln