

## 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](http://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](mailto: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