

Mitglied werden



Anrede

Titel

Name *

Vorname *

Fachrichtung *

Arbeitsstätte *

Straße (private Anschrift) *

Postleitzahl *

Ort *

Telefon (dienstlich) *

Telefon (privat)

Ihre E-Mail-Adresse *

Einverständniserklärung (Satzung & Ziele der DGKiM und interner Informationsaustausch) 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. Wir werden Sie in einen eMail-Verteiler aufnehmen. Sie können uns jederzeit davon unterrichten, wenn Sie über diesen Verteiler keine Informationen mehr erhalten möchten.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis.

Datum

Kontodetails (Sollte Lastschriftverfahren für Sie nicht möglich sein, schreiben Sie bitte "Rechnung" in die folgenden Felder.)

IBAN *

BIC *

Kontoinhaber:in *

Name der Bank

Lastschrift-Ermächtigung Von dem angegebenen Konto wird der jährliche Mitgliedsbeitrag von 50,00 € abgebucht.

Hiermit stimme ich dem Lastschriftverfahren zu.

Beitrags-Sonderregelung Die Beitrags-Sonderregelung gilt für das erste Jahr der Mitgliedschaft bei Teilnahme an den unten genannten Veranstaltungen. Diese Sonderregelung gilt nur, wenn die Teilnahmegebühr an den unten genannten Veranstaltungen nicht bereits ermäßigt wurde. Bitte geben Sie an, wenn Sie am Basis- oder Aufbaukurs teilgenommen haben:

Teilnahme an dem Basis- oder Aufbaukurs der DGKiM

Weitere Angaben zu Art und Kontaktdaten der eigenen Kinderschutzarbeit

Diese Angaben sind nur einmal pro Kinderschutzgruppe, Ambulanz o.a. erforderlich. Die DGKiM pflegt Ihre Eingaben auf der Homepage unter Kinderschutzgruppen.

Bezeichnung

Klinik

Abteilung

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Website

Ansprechpartner:in

Kommentare

Die Datenschutzerklärung der DGKiM habe ich gelesen.

Senden