



Liebes Mitglied des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V.,

wir bitten Sie, unser Datenabgleich-Formular sorgfältig auszufüllen.

Die von Ihnen genannten Daten erscheinen dann auf unserer Webseite und ggf. in unserem Magazin „365 Tage fürs Leben“.

Bitte füllen Sie pro Einrichtungsform ein eigenes Formular aus! Vielen herzlichen Dank!

Allgemeine Daten

Einrichtungsname:

(bitte hier vollständige
und genaue
Bezeichnung)

Träger:

Gründungsdatum:

Name der
Geschäftsführung:

E-Mail der
Geschäftsführung:

Name/n des/der
Ansprechpartner/in:

Art der Einrichtung (bitte ankreuzen):

Ambulant

Stationär

Teilstationär

Sonstiges:

(bitte Benennen)

Formular für Datenabgleich



Folgende Angaben werden auf **unserer Webseite**: <https://www.bundesverband-kinderhospiz.de> und ggf. in unserem **Magazin** „365 Tage fürs Leben“, veröffentlicht.

Einrichtungsname: _____

Ansprechpartner/in (!
Name) der Einrichtung für
Webseite: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer
(falls vorhanden): _____

Internetadresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bankinstitut für Spenden: _____

IBAN: _____

BIC: _____