

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Den fälligen Betrag von * _____ Euro bitte ich künftig von meinem nachstehenden Konto abzubuchen. Eine Einzugsermächtigung wird hiermit bis auf Widerruf erteilt.

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum / Unterschrift

*Der Mindest-Jahresbeitrag beträgt 15,00 Euro



 **KLINIKUM
FRIEDRICHSHAFEN**
MEDIZIN CAMPUS BODENSEE

Klinikum Friedrichshafen GmbH
Röntgenstraße 2, 88048 Friedrichshafen
Telefon 07541 96-0, www.klinikum-fn.de

 **KLINIK
TETTANG**
MEDIZIN CAMPUS BODENSEE

Klinik Tettang GmbH
Emil-Münch-Str. 16, 88069 Tettang
Telefon 07542 531-0, www.klinik-tt.de

 **14 NOTHELFER
WEINGARTEN**
MEDIZIN CAMPUS BODENSEE

Krankenhaus 14 Nothelfer GmbH
Ravensburger Straße 39, 88250 Weingarten
Telefon 0751 406-0, www.14-nothelfer.de



Über uns

Wir sind ein im Vereinsregister eingetragener Verein und vom Finanzamt als gemeinnützig anerkannt.

Ziel und Zweck des Fördervereins

>> Wir unterstützen die Klinik Tettang zur Sicherstellung einer bestmöglichen medizinischen, pflegerischen und menschlichen Versorgung für die Bürger der Stadt Tettang und der Region.

>> Wir wollen für die Klinik Tettang durch Beiträge und Spenden Maßnahmen finanzieren, die über die Grundversorgung hinaus zur Gesundung und zum Wohlbefinden unserer Patienten beitragen.

Insbesondere fördern wir Maßnahmen, die den Aufenthalt der Patienten und ihrer Besucher in einer möglichst freundlichen, familiennahen und angenehmen Umgebung ermöglichen und die medizinische und pflegerische Situation optimieren.

So finanzieren wir uns

Einen Hauptanteil unserer Geldmittel schöpfen wir aus den Beiträgen unserer Mitglieder. Deshalb ist es auch wichtig, dass wir immer wieder neue Mitglieder gewinnen. Darüber hinaus bemühen wir uns um Spenden aus allen Bereichen – auf Wunsch selbstverständlich gegen eine steuerliche Bescheinigung. Wir garantieren für eine satzungsgemäße Verwendung der Zuwendungen.

Ihre Unterstützung

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie unsere Ziele durch Ihre Mitgliedschaft im Förderverein unterstützen. Bitte füllen Sie hierzu nebenstehende Beitrittserklärung aus. Mit welchem Betrag Sie uns unterstützen bleibt Ihnen überlassen. Der Mindest-Jahresbeitrag beträgt 15,00 Euro, jedem Mitglied ist es freigestellt, auch einen höheren Jahresbeitrag zu zahlen.

Kontoinhaber: Förderverein Klinik Tettang e.V.
Sparkasse Bodensee
IBAN: DE21 6905 0001 0020 9393 36
BIC: SOLADES1KNZ

Ihr Ansprechpartner

Ingrid Jörg
Telefon: 07542 531-400
E-Mail: i.joerg@medizincampus.de

An den

Förderverein Klinik Tettang e.V.

Emil-Münch-Str. 16

88069 Tettang

Beitrittserklärung

(Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats siehe Rückseite)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Förderverein Klinik Tettang e.V.“ mit

Wirkung zum _____.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Datum/Unterschrift