

Bitte
freimachen!

Bitte bei einem Vorstandsmitglied
abgeben oder postalisch an:

Freunde & Förderer der Klinik Eichstätt
Ostenstraße 31
85072 Eichstätt

Adresse und Ansprechpartner:

Freunde und Förderer der Klinik Eichstätt e.V.
Ostenstr. 31
85072 Eichstätt

Telefon: 08421-908693 oder 0179-1412044
E-Mail: freunde-klinik-eichstaett@gmx.de
www.kna-online.de/Ueber-uns/Unternehmen.php

Spendenkonto:

Sparkasse Ingolstadt-Eichstätt
IBAN: *folgt*
BIC: *folgt*

Der Vorstand des Vereins:

1. Vorsitzender:

Dr. Sigurd Eisenkeil

2. Vorsitzender:

Richard Nikol

Protokollführer:

Hans Bittl

Schatzmeister:

Dr. Hubert Grienberger

Weitere Vorstandsmitglieder:

Dr. Matthias Karch, Dr. Xaver Bittl
Arnulf Neumeyer, Dr. Wolfgang Horak



Wir bedanken uns bei unseren großzügigen Sponsoren.

Hier könnte Ihr Firmenlogo abgebildet sein



Freunde und Förderer der Klinik Eichstätt e.V.



www.kna-online.de/Ueber-uns/Unternehmen.php





Der Förderverein

In einem Krankenhaus befindet sich der Patient immer in einer außerordentlichen Situation. Um sich wohl und geborgen zu fühlen, braucht es mehr als nur hohe medizinische Kompetenz.

Der Förderverein möchte hier unterstützen und dazu beitragen, dass die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Besucher und Angehörigen noch besser erfüllt werden. Angenehme Atmosphäre in Aufenthaltsbereichen und Kranken- und Behandlungszimmern, Möglichkeiten der Unterhaltung für Kinder und Jugendliche oder die würdevolle Begleitung Sterbender oder Verstorbener sind dabei zentrale Elemente.

Vieles, was für die Behandlung der Patienten wünschenswert ist, wird durch staatliche Stellen oder Versicherungen nicht abgedeckt. Der Förderverein möchte mit Ihrer Unterstützung aktiv mitwirken.

Unterstützen Sie uns mit Ihrer Mitgliedschaft oder einer Spende, damit wir anderen helfen können!

Unterstützung/Mitgliedschaft

Um die Ziele des gemeinnützigen Vereins zu erreichen sind wir auf Spenden und Mitgliedsbeiträge angewiesen. Durch ehrenamtliches Engagement entstehen keine Verwaltungskosten, so dass Ihre Spenden und Mitgliedsbeiträge ausschließlich den satzungsgemäßen Zwecken zufließen. Für Ihre Spenden/Mitgliedsbeiträge erhalten Sie auf Wunsch gerne eine Spendenquittung.

Unsere Ziele sind insbesondere:

- (Mit-)Finanzierung von
 - medizinischen Geräten
 - Ausstattung von Krankenzimmern
 - Ausstattung von Aufenthaltsräumen
 - Ausstattung von Behandlungsräumen
- Mitwirken bei Aus- und Fortbildung
- Vorträge zu verschiedenen medizinischen Themen -
- Klinikführungen für Interessierte
- Stärkung der Zusammenarbeit mit der Uni Eichstätt, den Niedergelassenen, den Bürgern und vieles mehr!

Sollten Sie eigene Vorschläge für Projekte haben oder Unterstützung anfordern, wenden Sie sich gerne an unsere Vorstandsmitglieder.

Im Internet und über die lokalen Presseorgane halten wir Sie über unsere Veranstaltungen und Aktivitäten auf dem Laufenden.

Im Namen der Patienten und Mitarbeiter der Klinik Eichstätt bedanken wir uns für Ihre Unterstützung!

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied des gemeinnützigen Vereins Freunde und Förderer der Klinik Eichstätt e.V. werden.

Name/Firma.....

Vorname.....

Straße, Nr.

PLZ/Ort.....

Telefon.....

Email.....

Jahres-Mitgliedsbeitrag (*zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen*):

- Erwachsene/r 25€
- Klinikmitarbeiter/Angehöriger eines Mitglieds 10€
- sonstiger Betrag (*mind. 25€*): _____ €

Für juristische Personen und Gebietskörperschaften gelten gesonderte Bedingungen, fragen Sie bitte beim Vorstand nach.

SEPA-Lastschriftmandat:

Kontoinhaber.....

IBAN/BIC.....

Kreditinstitut.....

Ich ermächtige den Verein Freunde und Förderer der Klinik Eichstätt e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag jährlich am 30.11. fällig.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift