

Kreiskrankenhaus Schotten e.V.
Postfach 1162
63675 Schotten

Schotten_FlyerFörderverein_5.0_12/22



Dem Vorstand des Fördervereins Kreiskrankenhaus Schotten e.V. gehören an (vordere Reihe von links): Dr. Martin Graubner (Beisitzer), Natalie Bornemann (Beisitzerin), Bürgermeisterin Susanne Schaab (Vorsitzende), Walter Gniazdowski (Schatzmeister), Wolfgang Dorfinger (stv. Vorsitzender) (hintere Reihe von links) Otto-Karl Appel (Beisitzer), Marco Frank (Schriftführer).



GESUNDHEITZENTRUM WETTERAU gGMBH
KREISKRANKENHAUS
SCHOTTEN

FÖRDERVEREIN

Förderverein Kreiskrankenhaus Schotten e.V.
Postfach 1162, 63675 Schotten
Tel.: 06044 6610, Fax: 06044 6669
foerdereverein.schotten@gz-wetterau.de
www.gz-wetterau.de



GESUNDHEITZENTRUM WETTERAU gGMBH
KREISKRANKENHAUS
SCHOTTEN

FÖRDERVEREIN



+ Engagement für
die Patienten



Wer wir sind

Wir sind als gemeinnütziger Verein unter der Nr. 315 im Vereinsregister des Amtsgerichts Bidingen eingetragen. Unsere Mitglieder kommen aus dem privaten, gewerblichen und industriellen Bereich.

Was wir wollen

Ziel und Zweck des Fördervereins Kreiskrankenhaus Schotten e.V. sind:

1. Die Unterstützung des Kreiskrankenhauses Schotten bei der Sicherstellung einer zeitgemäßen und bürgernahen Krankenversorgung der Region.
2. Die Unterstützung des Kreiskrankenhauses Schotten durch Aufbringen von Spendengeldern, die den Einrichtungen des Hauses zu Gute kommen und in erster Linie die Versorgung der Patienten verbessern helfen.

Wir möchten dazu beitragen, Patientinnen und Patienten – wenn für sie schon ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wird – diesen so angenehm und freundlich wie möglich zu gestalten. Dazu braucht es ein schönes Ambiente, aber immer wieder auch technische Einrichtungen, die zwar aus medizinischer Sicht nicht zwingend notwendig, für die Patienten aber angenehmer sind und dem sie betreuenden Personal die Behandlung spürbar erleichtern.

Wie wir uns finanzieren

Einen erheblichen Anteil unsrer Geldmittel schöpfen wir aus den Beiträgen unserer Mitglieder. Deshalb ist es auch so wichtig, dass wir immer wieder neue Mitglieder gewinnen.

Zusätzlich bemühen wir uns um Spenden.

Seit der Gründung des Vereins im Jahr 1987 konnten wir ca. 370.000 Euro in Anschaffungen unterschiedlichster Art investieren.

Helfen Sie uns mit einer Spende und/oder werden Sie Mitglied in unserem Förderverein.

Ja, ich möchte spenden!

Sie haben sich entschlossen, unserem Verein eine einmalige Spende zu überweisen. Nutzen Sie dafür bitte eines der unten angegebenen Konten und vergessen Sie nicht Ihren Namen, Ihre Adresse sowie das Stichwort „Spende 20..“ (bitte Jahreszahl eingeben). Eine Spendenquittung wird unverzüglich zugesandt.

Herzlichen Dank für Ihr Engagement!

Förderverein Kreiskrankenhaus Schotten e.V.
Postfach 1162, 63675 Schotten

Bankverbindungen:

VR Bank Main-Kinzig-Büdingen
IBAN: DE83 5066 1639 0007 2129 50
BIC: GENODEF1LSR

Sparkasse Oberhessen
IBAN: DE31 5185 0079 0200 0020 67
BIC: HELADEF1FRI

Ja, ich möchte Mitglied werden!

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Kreiskrankenhaus Schotten e.V.

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Ort/Datum Unterschrift

Den fälligen Jahresbeitrag von 25,- €

(den freiwilligen Jahresbeitrag von , - €)

bitte ich künftig von der im nachstehend erteilten SEPA-Basislastschriftmandat mitgeteilten Bankverbindung abzubuchen.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
Förderverein Kreiskrankenhaus Schotten e.V.
Postfach 1162
63675 Schotten

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE79ZZZ00000393628

Mandatsreferenz wird vom Verein vergeben

SEPA-Basis-Lastschriftmandat Ich/Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers
Förderverein Kreiskrankenhaus Schotten e.V.
Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers
Förderverein Kreiskrankenhaus Schotten e.V.
auf mein/ unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)