

**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](http://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](http://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](http://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 Tettngang zur Sicherstellung einer bestmöglichen medizinischen, pflegerischen und menschlichen Versorgung für die Bürger der Stadt Tettngang und der Region.

>> Wir wollen für die Klinik Tettngang 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 Tettngang 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 Tettngang e.V.**

Emil-Münch-Str. 16

88069 Tettngang

**Beitrittserklärung**

(Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats siehe Rückseite)

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

Wirkung zum \_\_\_\_\_.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift