

SEIEN SIE DABEI!

FÜR UNSERE **GESUNDHEIT**, FÜR UNSEREN **STANDORT** **IN BUCHEN**

Von unseren Fördermaßnahmen profitiert jeder – als Patient im Krankenhaus, als Besucher oder Mitarbeiter.

Wenn Sie – wie wir – möchten, dass das Krankenhaus Buchen ein guter Ort zum Gesundwerden und Arbeiten ist und bleibt, dann unterstützen Sie uns mit Ihrem Beitrag.

**Wir freuen uns über Ihre Spende
und Ihre Mitgliedschaft!**



Kreiskrankenhaus Buchen **Förderverein e.V.**



**MITGLIED
WERDEN &
HELLEN!**



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum [Förderverein des Kreiskrankenhauses Buchen e.V.](#)

Name	Vorname	Geb.-Datum
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Wohnort	
Telefon	E-Mail	

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000490921, **Mandatsreferenz:** wird später mitgeteilt.
Ich ermächtige den Förderverein des Kreiskrankenhauses Buchen e.V. den Jahresbeitrag (Mindestbeitrag 30 €) mittels Lastschrift (Einzug jährlich zum 1. März) einzuziehen.

in Höhe von _____ EUR

Vor- und Nachname Kontoinhaber (falls vom Mitgliedsnamen abweichend)	
IBAN:	BIC:
Ort, Datum	Unterschrift

☐ Die Datenschutzerklärung unter <https://kurzlinks.de/fpnh> habe ich gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

MITGLIED
WERDEN &
HELFFEN!

Das Entgelt
übernehmen
wir für Sie!

NECKAR-ODENWALD-KLINIKEN gGmbH
z.H. Förderverein des
Kreiskrankenhauses Buchen e.V.
Dr.-Konrad-Adenauer-Str. 37
74722 Buchen