

**JETZT
MITGLIED
WERDEN!**



Auch Sie können helfen, indem Sie...

- Mitglied werden. Das ist schon ab einem Jahresbeitrag von 20,- Euro möglich.*
- uns durch tatkräftige Mithilfe bei unserer Öffentlichkeitsarbeit unterstützen.
- von Ihren guten Erfahrungen mit dem Krankenhaus und seinem Personal erzählen.
- selbst weitere Mitglieder werben.
- und, und...

*Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar

Wie kann ich Mitglied werden?

Sie füllen den anhängenden „Antrag auf Mitgliedschaft“ aus und schicken ihn per Post an unten stehende Adresse. Sie können ihn aber auch dem Pflegepersonal oder an der „Pforte“ des Krankenhauses abgeben.

Wir freuen uns auf Sie!



„Freunde und Förderer des
Kreiskrankenhauses Alsfeld e.V.“

1. Vorsitzender Friedhelm Kalbhenn

Schwabenröder Straße 81
36304 Alsfeld

Telefon 0 6631 | 98-11 21
Telefax 0 6631 | 98-11 18

foerderverein@kreiskrankenhaus-alsfeld.de
www.kreiskrankenhaus-alsfeld.de

✂ bitte hier abtrennen

Bitte trennen Sie diese Seite vom Flyer ab und stecken Sie sie in einen Umschlag. Gerne können Sie Ihre Beitrittsklärung an der Information des Kreiskrankenhauses abgeben oder uns postatisch zukommen lassen. Vielen Dank!

ABSENDER:

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

eMail

Unterschrift

Kreiskrankenhaus des
Vogelsbergkreises in Alsfeld GmbH
„Freunde und Förderer des Kreiskrankenhauses e.V.“
Schwabenröder Straße 81
36304 Alsfeld

Das Kreiskrankenhaus Alsfeld

„Meine Klinik in meiner unmittelbaren Nähe: kompetent, familiär und immer für mich da!“ Da sind Menschen, die sich um mich kümmern.

Das Krankenhaus in Alsfeld ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, erste Anlaufstelle für jede Art von gesundheitlichen Beschwerden, die eine Krankenhausbehandlung notwendig machen.

Ärzte und Pflegepersonal kümmern sich um alle, die Hilfe brauchen und bieten Versorgung sowohl ambulant als auch stationär.

Der Förderverein des Kreiskrankenhauses

Der Verein möchte

- das Bewusstsein und das Engagement für das Krankenhaus fördern und stärken
- die Arbeit des Krankenhauses mit seinen Möglichkeiten unterstützen
- die Identifikation der Menschen in der Region mit „ihrem“ Krankenhaus ermöglichen und festigen
- Fortbildungsmaßnahmen im Krankenhaus unterstützen
- bei Anschaffungen von medizinisch-technischem Gerät finanzielle Unterstützung leisten

Wie soll das geschehen?

- durch Gespräche mit der Bevölkerung
- durch gut verständliche und breit gestreute Information über das Krankenhaus
- durch Fachvorträge und Diskussionsveranstaltungen
- durch Kunstausstellungen und Konzerte
- durch einen periodisch wiederkehrenden „Tag der offenen Tür“
- durch Kontakte mit Partnern aus dem Gesundheitswesen



Der Vorstand

Vorsitzender:	Friedhelm Kalbhenn, Pfarrer i.R.
Stellv. Vorsitzender:	Dr. Erich Heinz, Internist
Schriftführer:	Hans-Werner Müller, Prokurist
Schatzmeister:	Holger Feick, Geschäftsführer
Beisitzerin:	Inge Beckmann-Launer, Hausfrau
Beisitzer:	Ulrich Grosse, Geschäftsführer
Beisitzer:	Eckhard Hermann, Pharmareferent

Spenden sind jederzeit willkommen!

Mit einer Spende an den Förderverein kann jeder unsere Arbeit für unser Krankenhaus unterstützen. Wir freuen uns über jeden Betrag und bedanken uns herzlich dafür!

Spenden und Sachzuwendungen an den Förderverein für gemeinnützige Zwecke sind steuerlich voll abzugsfähig.

Spendenkonten

„Freunde und Förderer des Krankenhauses Alsfeld e.V.“

VR Bank Hessenland e.G.
IBAN DE62 5309 3200 0001 5313 28
BIC GENODE51ALS

Sparkasse Oberhessen
IBAN DE22 5185 0079 0027 0961 40
BIC HELADEF1FRI

☞ bitte hier abtrennen

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich, _____, möchte Mitglied im Förderverein „Freunde und Förderer des Kreiskrankenhauses Alsfeld e.V.“ werden und erkläre hiermit meinen Beitritt in den Verein.

Unterschrift

Ort, Datum

Jedes Mitglied legt seinen Mitgliedsbeitrag selbst fest. Der Mindestbeitrag beträgt 20,00 Euro pro Jahr.

Mein Jahresmitgliedsbeitrag soll _____ Euro betragen.

SEPA-BASIS-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein „Freunde und Förderer des Kreiskrankenhauses Alsfeld e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger (Vorname, Name)

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)