

**Förderverein
Krankenhaus Bobingen e.V.**

1.Vorsitzender
Bernd Müller – Donaustr. 17
86399 Bobingen – Tel.: 08234 - 7080878



Ja, ich will etwas für unser Krankenhaus in Bobingen tun!

Name/Firma: Vorname:.....
Geb.:..... Beruf:.....
Straße:..... PLZ/Ort:.....
Tel.:..... Fax:.....
Tel. mobil:..... e-mail:.....

Ich möchte **Mitglied** des Förderverein Krankenhaus Bobingen e.V. werden.

- Ich werde den Mindest-Jahresbeitrag in Höhe von 25,00 € leisten.
 Ich möchte den Förderverein mit einem größeren Jahresbeitrag in Höhe von€ unterstützen

Ich möchte Pate des Förderverein Krankenhaus Bobingen e.V. werden

- Ich werde den jährlichen Mindestbetrag von 100,00 € leisten.
 Ich möchte als Pate einen größeren Beitrag in Höhe von€ leisten.

Ich möchte eine **einmalige Spende** über€ machen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Stempel)

Ermächtigung zum Einzug per Lastschrift:

Hiermit ermächtige ich Sie, meine **Spende** zu Lasten meines nachfolgend aufgeführten Kontos einzuziehen:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden **Jahresbeitrag** bei Fälligkeit zu Lasten meines nachfolgend aufgeführten Kontos einzuziehen:

Höhe der Spende:€

Höhe des Beitrags:€

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Unsere Bankverbindung:

Kreissparkasse Augsburg, Bankleitzahl 720 501 01, Kontonummer 200 681 575,
Raiffeisenbank Bobingen, Bankleitzahl 720 690 36, Kontonummer 9 77 99