

**Förderverein
Krankenhaus Bobingen e.V.**

1. Vorsitzender
Dr. Fritz Pflughar - Buchenstr. 7
86399 Bobingen - Tel.: 08234-1838



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