

**Förderverein  
Krankenhaus Bobingen e.V.**

1.Vorsitzender  
Bernd Müller – Donaust. 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:**

Raiffeisenbank Bobingen, IBAN: DE 30720690360000097799