FREUNDE UND FÖRDERER
KLINIKUM CRAILSHEIM

Förderverein
Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.
Gartenstraße 21
74564 Crailsheim

JETZT **MITGLIED WERDEN** 25€/JAHR

ANTRAG AUF EINE MITGLIEDSCHAFT

I. WARUM IST IHRE HILFE SO WICHTIG?

Eine Mitgliedschaft im Förderverein „Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V." trägt zur Wertschätzung des Krankenhauses als wichtige Gesundheitseinrichtung in der Region bei. Das Krankenhaus ermöglicht den Menschen in der Umgebung mehr Sicherheit und nimmt auch hinsichtlich des Erhalts unserer heimischen Wirtschaft eine zentrale Rolle ein. Dies bringen Sie mit Ihrer Mitgliedschaft zum Ausdruck.

II. ANGABEN ZUR PERSON

Ich möchte das Klinikum Crailsheim unterstützen und beantrage die Aufnahme in den Förderverein „Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.".

Ihr Name: .....

Ihr Vorname: .....

Ihr Geburtsdatum: .....

Ihre Anschrift: .....

Ihr Telefon: .....

Ihre Email-Adresse: .....

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung die oben angegebenen Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

OK ? ☐ *Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der oben angegebenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.*

Förderverein
Freunde & Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.
Gartenstraße 21 · 74564 Crailsheim
Vereinsregister: 72 55 77 · Amtsgericht: Stuttgart
Vorsitzender: Stefan Schmidt-Weiss

Sparkasse Schwäbisch Hall-Crailsheim
IBAN: DE94 6225 0030 0002 4845 38
VR Bank Heilbronn Schwäbisch Hall
IBAN: DE61 6229 0110 0571 7770 07

Klinikum Crailsheim
Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH

III. SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Förderverein „Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V. den jeweils gültigen Jahresbeitrag und / oder die Spende im ausgewählten Turnus von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein „Freunde und Förderer des Klinikums Crailsheim e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ihre IBAN: .....

Ihre Bank: .....

☐ **Jährlicher Mitgliedsbeitrag** (zum Zeitpunkt des Vereinsbeitritts 25 €)

☐ **Einmalige Spende** in Höhe von ..... €

☐ **Jährliche Spende** in Höhe von ..... €

IV. PERSONENBEZOGENE DATEN

OK ?

☐ *Ich bin damit einverstanden, dass der Förderverein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir in Publikationen und auf der Homepage des Fördervereins veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.*

Datum: .....

Unterschrift: .....

Förderverein
Freunde & Förderer des Klinikums Crailsheim e.V.
Gartenstraße 21 · 74564 Crailsheim
Vereinsregister: 72 55 77 · Amtsgericht: Stuttgart
Vorsitzender: Stefan Schmidt-Weiss

Sparkasse Schwäbisch Hall-Crailsheim
IBAN: DE94 6225 0030 0002 4845 38
VR Bank Heilbronn Schwäbisch Hall
IBAN: DE61 6229 0110 0571 7770 07

Klinikum Crailsheim
Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH