

Ich/Wir ermächtige(n) den Förderverein der Kinderklinik im Havelland e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Kinderklinik im Havelland e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Geldinstitut

Datum /Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Förderverein der Kinderklinik im Havelland e.V.
c/o Havelland Kliniken GmbH
Dr. Ingrid Seibt
Ketziner Straße 21
14641 Nauen

Helfen Sie uns

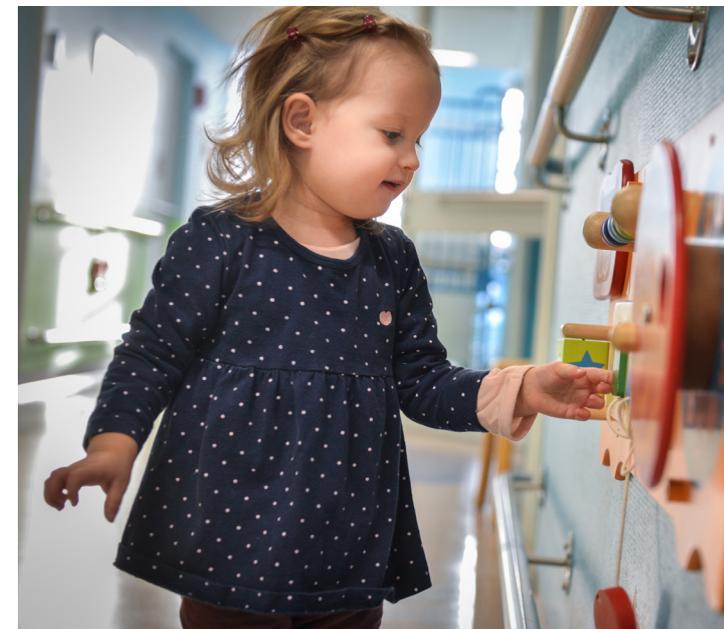
- ▶ durch eine Spende auf das Konto
IBAN: DE22 1207 0024 0813 7200 00
BIC: DEUTDEDB160
Geldinstitut: Deutsche Bank
- ▶ als Fördermitglied mit einem regelmäßigen Mitgliedsbeitrag
- ▶ als aktives Vereinsmitglied



Förderverein der Kinderklinik im Havelland e.V.
c/o Havelland Kliniken GmbH
Dr. Ingrid Seibt, Ketziner Straße 21, 14641 Nauen
Gläubiger-Identifikationsnummer DE6000100002240850



Förderverein der Kinderklinik
im Havelland e.V.





Krank zu sein ist besonders für Kinder ein schwer erträglicher Zustand. Noch schwerer zu ertragen ist es, wenn sie wegen einer Erkrankung im Krankenhaus bleiben müssen.

Der Förderverein der Kinderklinik im Havelland möchte den Kindern den Aufenthalt erleichtern und ihr Wohlbefinden und damit ihre Genesung unterstützen.

Wir fördern bereits

- ▶ die Ausrüstung des Spiel- und des Jugendzimmers
- ▶ ganzjähriges Schmücken der Station entsprechend der Jahreszeiten und Festtage
- ▶ Geburtstags- und Weihnachtsgeschenke
- ▶ Unterstützung der Clownsprechstunde
- ▶ Material zum Malen und Basteln
- ▶ Spiele und Spielgeräte für drinnen und draußen

All das soll den stationären Aufenthalt im Krankenhaus für die Kinder und ihre Eltern erleichtern und dabei helfen sich wohl zu fühlen und schnell gesund zu werden.



✘ Ich möchte Mitglied werden!

Hiermit möchte ich aktives Mitglied/passives Fördermitglied im Förderverein der Kinderklinik im Havelland e.V. werden.

○ Mit der Veröffentlichung meines Namens/Firma in der Mitgliederliste bin ich einverstanden.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr 10,- Euro.
Ich erhöhe diesen Beitrag freiwillig aufEuro.

Name, Vorname

Firma

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail