



Die vom Förderverein St. Bernhard-Hospital, Brake e. V. verfolgten Ziele betreffen uns alle. Helfen Sie mit, bringen auch Sie sich ein:

Werden auch Sie Mitglied im Förderverein St. Bernhard-Hospital Brake e. V.!

Mitgliedsbeiträge und Spenden an den Förderverein sind steuerlich berücksichtigungsfähig.

Vorstand des Fördervereins

Walter Erfmann Vorsitzender
Tel. 0 44 01/23 56

Ulrich Hempel Stellvertr. Vorsitzender
Tel. 0 44 01/ 7 14 53

Bolko Cornelius Kassenwart
Tel. 0 44 01/22 72

Cornelia Paschke Schriftführerin
Tel. 0 44 01/6 96 17

FÖRDERVEREIN

St. Bernhard-Hospital e.V.

Claußenstraße 3
26919 Brake

Tel.: 0 44 01/105-0
Fax: 0 44 01/105-217

www.sbhospital.de
foerderverein@sbhospital.de

Bankverbindung:
Oldenburgische Landesbank AG
BLZ: 280 210 02
Kto-Nr. 174 394 9800

FÖRDERVEREIN

St. Bernhard-Hospital, Brake e.V.



Bewährtes

- sichern
- stärken
- fördern



Wer sind wir?

Der Förderverein St. Bernhard-Hospital Brake e. V. verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke und arbeitet ehrenamtlich. Er ist parteipolitisch unabhängig. Gründungs-

mitglieder sind Bürgerinnen und Bürger aus Brake und der Region, die die wohnortnahe medizinische Versorgung und Betreuung durch das St. Bernhard-Hospital in Brake als unverzichtbaren Teil der Lebensqualität verstehen und zu schätzen wissen.

Wir wollen

- für Brake und Umgebung eine ortsnahe Krankenhausversorgung sichern
- die Bedeutung des St. Bernhard-Hospitals als Infrastruktureinrichtung und Arbeitgeber hervorheben
- bewusst machen, dass das St. Bernhard-Hospital ein wichtiger Teil der Lebens- und Standortqualität in Brake und Umgebung ist
- die Verbundenheit und Identifikation der Menschen mit dem St. Bernhard-Hospital und das Vertrauen in seine Leistungsfähigkeit stärken
- die Zusammenarbeit des St. Bernhard-Hospitals mit den übrigen Trägern der Gesundheitsversorgung in Brake fördern und weiter ausbauen
- durch Informationsveranstaltungen das Angebot, den Betrieb und die Leistungsfähigkeit des St. Bernhard-Hospitals darstellen
- Projekte fördern, die Patienten und Personal des St. Bernhard-Hospitals zugute kommen, die vom Krankenhaussträger aber nicht finanziert werden können.

Wir suchen

Freunde und Förderer, die

- sich in die Arbeit des Fördervereins mit ihren Ideen und Anregungen einbringen wollen
- Zwecke und Aufgaben des Fördervereins ideell und mit Spenden unterstützen möchten
- Mitglied des Fördervereins werden wollen.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem Verein

FÖRDERVEREIN St. Bernhard-Hospital Brake

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Jahresmitgliedsbeitrag: _____,00 Euro
siehe Anmerkung

Die Satzung des Vereins vom 08.11.2006 ist mir bekannt und wird von mir als für mich verbindlich anerkannt.

Brake (Unterweser) _____
Datum Unterschrift

Ermächtigung zum Beitragseinzug

Hiermit ermächtige ich den **Förderverein St. Bernhard-Hospital Brake e.V.**, die jeweils fälligen Mitgliedsbeiträge aus obiger Beitrittserklärung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____

Brake (Unterweser) _____
Datum Unterschrift der Kontoinhaber/in oder der/des Bevollmächtigten

Anmerkungen: Über die Aufnahme neuer Vereinsmitglieder entscheidet der Vereinsvorstand. Die Aufnahmeentscheidung des Vorstandes wird dem neuen Mitglied schriftlich mitgeteilt. Der Mindest-Mitgliedsbeitrag beträgt 12,00 Euro/Jahr. Es bleibt dem Mitglied überlassen, einen höheren Beitrag zu zahlen.