

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein „ZoKli Kinderhelden – Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V.“ und verpflichte mich zur Zahlung eines Jahresbeitrags in Höhe von 20 €*.

(Bitte nutzen Sie die Möglichkeit der Einzugsermächtigung)

Titel:

Vorname:

Name:

Wohnort:

Straße:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Ort, Datum

Unterschrift

*Der jährliche Mitgliederbeitrag ist zum 1. April fällig. Bei Mitgliedern die dem Verein nach dem 1. April beitreten, wird der Mitgliedsbeitrag für das laufende Kalenderjahr bei Eintritt eingezogen.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des ZoKli Kinderhelden – Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V. als verbindlich an. Die Satzung des Vereins ist mir bekannt; ich erkenne diese an.

Gemäß Vereinssatzung ist der Austritt nur zum Ende eines Kalenderjahres zulässig. Er muss gegenüber dem Vorstand mindestens vier Wochen vorher schriftlich erklärt werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

 **Bitte Rücksendung an:**
ZoKli Kinderhelden e. V.
z. H. Volker Naujoks
Tübinger Str. 30
72336 Balingen



Spendenkonto

IBAN: DE21 6416 3225 0431 5010 09

BIC: GENODES1VHZ

Kreditinstitut: Volksbank Hohenzollern-Balingen

Verwendungszweck: Spende



Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum

Tübinger Str. 30
72336 Balingen

www.zokli-kinderhelden.de 



ZoKli Kinderhelden

Mit Ihrer Mitgliedschaft unterstützen Sie den Aufbau und Erhalt einer kinderheilkundlichen Abteilung im Zollernalb Klinikum. Die Kinderklinik ist ein unverzichtbarer Versorger für die kranken Kinder der Region Zollernalb.

Gemeinsam mit Ihnen tragen wir Sorge dafür, den Kindern den Klinikaufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

Gemeinsam mit Ihnen tragen wir Sorge für eine kindgerechte medizinische Ausstattung.

Gemeinsam mit Ihnen tragen wir Sorge dafür, dass die Kinder den Klinikaufenthalt auch mit positiven Erfahrungen und schönen Begegnungen in Verbindung bringen können.

Gemeinsam mit Ihnen tragen wir Sorge dafür, den Kindern Freude auf die Station zu bringen.

Gemeinsam mit Ihnen tragen wir Sorge dafür, den Kindern Ablenkung in ihr Patientenzimmer zu bringen.

Gemeinsam mit Ihnen tragen wir Sorge dafür, den Klinikaufenthalt nach allen Möglichkeiten fröhlich, kindgerecht und abwechslungsreich zu gestalten.

Ziele und Aufgaben



Der Verein hat sich zum Ziel gesetzt, den Aufbau und Erhalt einer kinderheilkundlichen Abteilung im Zollernalb Klinikum finanziell zu unterstützen. Dadurch wird die kindgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung in der Region Zollernalb gefördert.

Für die Zukunft, zum Beispiel:

- ▶ Spiel- & Bastelangebote
- ▶ Spielzimmer
- ▶ Anschaffung und Ergänzung therapeutischer Geräte
- ▶ usw.

„Wer sich für die Gesundheit unserer Kinder einsetzt, ist Mitgestalter einer gesunden Zukunft unserer Gesellschaft.“

Dr. Gerhard Hinger
Vorsitzender des Fördervereins



SEPA-Lastschriftmandat

An: ZoKli Kinderhelden - Förderverein für Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V.
Tübinger Str. 30 | 72336 Balingen
Gläubiger-ID: DE3677700002335178

Ich ermächtige hiermit ZoKli Kinderhelden – Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V., die Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der aktuell gültige Betrag über 20 EUR wird jährlich zum 1. April per Lastschrift eingezogen. Bei Mitgliedern die dem Verein nach dem 1. April beitreten, wird der Mitgliedsbeitrag für das laufende Kalenderjahr bei Eintritt eingezogen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZoKli Kinderhelden – Förderverein für die Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand vom Verein behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Name und Anschrift des/der Zahlenden:

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung: Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die mich betreffenden Daten vom ZoKli Kinderhelden - Förderverein der Kinder- & Jugendmedizin im Zollernalb Klinikum e. V. erhoben, verarbeitet, gespeichert und weitergegeben werden (auch elektronisch), sofern die für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich ist.

