

# Beitrittserklärung

c/o Klinikum Frankfurt Höchst, Gianina Zimmermann

Ich möchte das Klinikum Frankfurt Höchst unterstützen und bitte um Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V.

Titel/Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

☐ Ich bestätige, dass ich die Datenschutzhinweise auf der Website [www.foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de](http://www.foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de) (s. Hinweise Bereich „Mitgliedschaft/Beiträge“) gelesen habe und erkläre mich damit einverstanden.

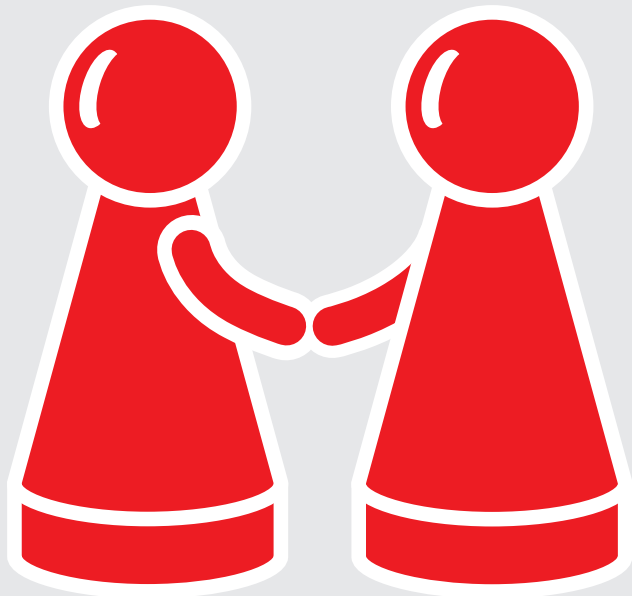
Bitte schicken Sie Ihre Beitrittserklärung per Mail an [info@foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de](mailto:info@foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de)

An den  
Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V.  
Geschäftsstelle  
c/o Klinikum Frankfurt Höchst  
Gianina Zimmermann  
Gotenstraße 6-8  
65929 Frankfurt am Main

# Gemeinsam schaffen wir das

Förderkreis des Klinikums  
Frankfurt Höchst e.V.  
Gotenstraße 6-8  
65929 Frankfurt a. Main  
  
[www.foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de](http://www.foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de)





## Gemeinsam schaffen wir das

Förderkreis des  
Klinikums Frankfurt Höchst e.V.

## Sehr geehrte Damen und Herren,

seit mehr als 160 Jahren bietet das Klinikum Frankfurt Höchst eine optimale Gesundheitsversorgung für die Frankfurter Bürgerinnen und Bürger. Dabei ist die Krankenversorgung nach modernsten und menschlichen Standards vermehrt auf Spenden aus der Bürgerschaft angewiesen.

Aus diesem Grund haben wir – engagierte Frankfurter Bürgerinnen und Bürger und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums – Anfang 2012 den Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst gegründet.

Unser Ziel ist es, notwendige Investitionen für eine moderne, sichere und menschliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Dazu fördern wir das Klinikum Frankfurt Höchst in ideeller und materieller Hinsicht.

Mit Ihrer Spende oder Mitgliedschaft können auch Sie die Arbeit des Klinikums Frankfurt Höchst fördern.

### Gemeinsam schaffen wir das.

Herzlichst

Ihr

**Vorstand**



# Aufgaben und Ziele:

Wir wollen den Aufenthalt für die Patientinnen und Patienten in unserer Klinik so angenehm wie möglich gestalten. Dazu möchten wir z.B. Erholungsräume im Klinikalltag schaffen. Finanziert werden Ausstattungen, die den Patientinnen und Patienten ihren Aufenthalt erleichtern, ihre Genesung fördern und Ärzte und Pflegende bei ihrer Arbeit unterstützen.

Weiterhin möchten wir diagnostische und therapeutische Systeme fördern, deren Anschaffung das Budget des Klinikums übersteigt. Damit wollen wir dafür sorgen, dass der medizinische Fortschritt den Patientinnen und Patienten schneller zugute kommen.



# Wer wir sind

Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V.  
Vorsitzender des Förderkreises: Uwe Serke  
stellv. Vorsitzender: Dr. med. Harald Hake  
Schatzmeister: Manfred Ruhs

# Geschäftsstelle:

c/o Klinikum Frankfurt Höchst  
Gianina Zimmermann  
Gotenstraße 6-8  
65929 Frankfurt am Main

Telefon 069 3106-3686  
info@foerderkreis-klinikum-frankfurt-hoechst.de

 Besuchen Sie uns auf Facebook:  
„Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V.“

# Gemeinsam schaffen wir das: Mit Ihrem Mitgliedsbeitrag oder mit Ihrer Spende

**Spendenkonto:**  
Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V.  
Frankfurter Volksbank Rhein/Main eG  
Kontonummer: 9422307  
IBAN: DE17 5019 0000 0009 4223 07  
BIC (SWIFT Code): FFVBDEFF



Scannen Sie den QR-Code mit Ihrer Banking-App, um zu spenden. Der Code öffnet die Überweisungsmaske in Ihrem Online-Banking. Vielen Dank!

Für Spenden und Mitgliedsbeiträge bis 300 € genügt Ihr Kontoauszug als Nachweis für das Finanzamt. Auf Wunsch stellen wir Ihnen gerne zusätzlich eine Spendenquittung aus.



# SEPA-Lastschriftsmandat

Gläubiger-ID: DE74ZZZ00001071942

Hiermit ermächtige ich den Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V., Gotenstraße 6-8, 65929 Frankfurt a.M., den Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit 60 EUR mittels Lastschrift jährlich von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderkreis des Klinikums Frankfurt Höchst e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ/Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

