

# F ö r d e r v e r e i n des Krankenhauses Dingolfing e.V.



Luftbild: W. W. Richter

1. Vorsitzender  
Bürgermeister Josef Pellkofer  
Dr.-Josef-Hastreiter-Straße 2  
84130 Dingolfing  
Tel. 08731/501 122  
Fax 08731/501 166  
[www.freunde-kkh-dgf.de](http://www.freunde-kkh-dgf.de)

## **Krankenhaus Dingolfing** **heimatnah - kompetent - patientenorientiert**

Nur wenige Städte unserer Größenordnung sind in der glücklichen Lage, ein eigenes Krankenhaus mit einem sehr hohen Leistungsstandard am Ort zu haben.

### **Unser Haus bietet**

- Modernste Medizintechnik
- Kompetente Ärzte
- Engagierte und patientenorientierte Pflegepersonen

Diese Faktoren sind die Grundlage für eine ambulante und stationär differenzierte Diagnostik und eine erfolgreiche Therapie in den Fachbereichen

Anästhesie  
Chirurgie  
Gynäkologie  
Geburtshilfe  
Innere Medizin  
Intensiv/IMC  
Notfallbehandlung  
Pneumologie  
Palliativkonsildienst  
Stroke Unit

## **Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre(n) ich mich/wir uns

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name bzw. Organisation, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

bereit, als förderndes Mitglied dem Förderverein beizutreten.

Der Mindestjahresbeitrag beträgt:  
€ 20,00 für Privatpersonen  
€ 30,00 für Organisationen

Der Verein bittet jedoch, die Vereinszwecke durch höhere Zuwendungen oder auch einmalige finanzielle Zuwendungen zu fördern.

Deshalb bin ich bereit, zusätzlich zum Jahresbeitrag \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ jährlich, \_\_\_\_\_ einmalig zu spenden.

Die Zuwendungen sind steuerlich abzugsfähig (öffentliches Gesundheitswesen). Spendenquittungen werden bei einem Spendenbetrag ab 100 € ausgestellt.

### Konten:

#### ***Förderverein des Krankenhauses Dingolfing e. V.***

Sparkasse Niederbayern-Mitte  
IBAN DE41 742 500 000 100 489 392  
BIC BYLADEM1SRG

Volksbank-Raiffeisenbank Dingolfing  
IBAN DE51 743 913 000 000 088 552  
BIC GENODEF1DGF

## **SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE92ZZZ00000183874

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

(wird vom Verein vergeben)

Ich/Wir ermächtige/n den Förderverein des Krankenhauses Dingolfing e. V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut An, die vom Förderverein des Krankenhauses Dingolfing e. V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

## **Der Förderverein**

Wir sind eine Gruppe von engagierten Frauen und Männern die ein fachlich qualifiziertes und zugleich menschliches Krankenhaus in Dingolfing fördern und erhalten wollen.

Wir helfen immer dann, wenn zusätzliche Unterstützung benötigt wird.

### **Ideell durch**

- aktive Öffentlichkeitsarbeit
- Informationsveranstaltungen durch Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen
- Unterstützung und Förderung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegepersonal und freiberuflichem Fachpersonal

### **Finanziell durch**

- Investitionen zur Verbesserung des Patientenkomforts (Einrichtungsgegenstände in Krankenzimmern und Aufenthaltsräumen, usw.)
- Beschaffung von Hilfsmitteln zur Erleichterung der Pflegearbeit
- Unterstützung von Maßnahmen, die die fachliche Qualifikation von Mitarbeitern/-innen fördern

***Bitte helfen Sie uns bei der Verwirklichung unserer genannten Ziele.***

***Zeigen Sie Ihre Verbundenheit mit Ihrem Heimatkrankenhaus.***

***Werden Sie Mitglied im Förderverein des Krankenhauses Dingolfing e.V.***

Mit der Abgabe der Beitrittserklärung beim

- 1. Vorsitzenden Josef Pellkofer,
- am Empfang im Krankenhaus Dingolfing,
- im Rathaus in Dingolfing,
- oder bei einem der Vorstandsmitglieder,

beginnt Ihre Mitgliedschaft, oder Ihre Spende wird abgebucht.

## ***Förderverein des Krankenhauses Dingolfing e. V.***

1. Vorsitzender  
Bürgermeister Josef Pellkofer  
Dr.-Josef-Hastreiter-Straße 2  
84130 Dingolfing  
Tel. 08731/501 122  
Fax 08731/501 166  
[www.freunde-kkh-dgf.de](http://www.freunde-kkh-dgf.de)