

FÖRDERVEREIN DES STEINFURTER KRANKENHAUSES

„Eine Tankfüllung für das Steinfurter Krankenhaus“

Ohne unser Krankenhaus hätten wir künftig lange Wege nach Rheine, Greven oder Münster. Statt morgen Benzin oder Bahnkarten zu kaufen, können wir besser heute spenden, zum Beispiel das Geld für eine Tankfüllung. Geschäfte und Firmen, für die das Krankenhaus mit über 600 Beschäftigten Umsatz und gesunde eigene Mitarbeiter bedeutet, können eine Spende als Investition in die eigene Zukunft ansehen und ihre Spende daran ausrichten. Durch Kreis, Bistum und Land scheint der größte Teil der notwendigen Finanzierung gesichert. Vielleicht 2 oder 3 Millionen Euro werden noch gesucht. Eine **schnelle und hohe Spendenbereitschaft** zeigt den Verantwortlichen in Stadt, Kreis und Land, dass wir unser Krankenhaus energisch unterstützen. *Sollte der Zweck der Spende nicht erreicht werden können, werden die Spenden selbstverständlich zurückgezahlt.*

Mit freundlichen Grüßen

(Thomas Rose für den Förderverein)



Für die Spendenbescheinigung bitte Ihre Adresse (Strasse, Ort) in „Verwendungszweck“

SEPA-Überweisung/Zahlschein

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____

Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU-/EWR-Staaten in Euro.

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)
 F ö r d e r v e r e i n K r a n k e n h a u s

IBAN
 D E 1 4 4 0 3 5 1 0 6 0 0 0 7 3 7 7 4 1 1 9

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)
 W E L A D E D 1 S T F

Betrag: Euro, Cent

Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers
 S p e n d e K H / S p e n d e r a d r .

noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 2 Zeilen à 35 Stellen)

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

IBAN
 D E _____ 08

Datum _____ **Unterschrift(en)** _____

Beleg für Kontoinhaber

IBAN des Kontoinhabers _____

Kontoinhaber

Zahlungsempfänger
 Förderverein Krankenhaus

Verwendungszweck
 Spende KH/Spenderadr .

Datum

Betrag: Euro, Cent

Beleg für Kontoinhaber/Zahler-Quittung

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts _____ BIC _____

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen)
 F ö r d e r v e r e i n K r a n k e n h a u s

IBAN
 D E 1 4 4 0 3 5 1 0 6 0 0 0 7 3 7 7 4 1 1 9

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)
 W E L A D E D 1 S T F

Betrag: Euro, Cent

Kunden-Referenznummer - Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift des Zahlers
 S p e n d e K H / S p e n d e r a d r .

noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 2 Zeilen à 35 Stellen)

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

IBAN
 D E _____

Art.-Nr. ZV 570 / ZV 572

Haupt

Art.-Nr. ZV 570 / ZV 572

Haupt