

Mitglied werden

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir meine/unsere
Mitgliedschaft im Förderverein Spital Vital e.V.

Bankverbindungen

Sparkasse Offenburg/Ortenau

IBAN: DE79 6645 0050 0000 0070 80

Volksbank Lahr eG

IBAN: DE58 6829 0000 0001 4083 05

Ich/Wir entrichte/n einen jährlichen Mitgliedsbeitrag
in Höhe von Euro

(Der Mindestbeitrag pro Jahr beträgt 20,00 Euro)

Vollständiger Name

Anschrift

PLZ Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Datum, Unterschrift

Der Vorstand



Der Vorstand des Fördervereins Spital Vital e.V.

von links

- Heike Wieseke (Besitzerin)
- Hermann Burger (Stellv. Vorsitzender)
- Charlotte Verell-Bennecke (Beisitzerin)
- Dr. Walter Caroli (1. Vorsitzender)
- Helga Florian (Schatzmeisterin)
- Rüdiger Metzger-Thessen (Beisitzer)
- Doris Kolberg (Beisitzerin)
- Erhard Braun (Beisitzer)
- Martina Gündner (Schriftführerin)

nicht auf dem Bild

- Barbara Schmitt (Beisitzerin)

Nehmen Sie Kontakt mit uns auf:
mail@walter-caroli.de

03.2024 | V.i.S.d.P.: Dr. Walter Caroli | Gesamtlayout: werbeagentur extra.de


SPITAL VITAL e.V.

Förderverein



Was wir tun



- Steigerung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner durch finanzielle und ideelle Unterstützung.
- Durchführung von Ausflügen sowie Veranstaltungen zur kulturellen Unterhaltung
- Förderung des ehrenamtlichen Besuchsdienstes
- Unterstützung der Beschäftigten
- Pflege der 750-jährigen Tradition

Was wir erreicht haben

- Mitgliederzahl von über 100 Personen
- Hohes Spendenaufkommen zugunsten des Spitals
- Das Spitalmahl ist Kult
- Großes Veranstaltungsprogramm zur Förderung der Lebensqualität

Die Aufstellung der bisherigen Spenden finden Sie gerne 24/7 online:

www.spital-vital.de

Wie Sie uns unterstützen können

- Durch Ihre Mitgliedschaft
- Mit Ihrer Spende
- Durch Ihre aktive Mitarbeit im Verein und/oder im Kreis der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Spitals

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Spital Vital e.V. den von mir festgesetzten jährlichen Mitgliedsbeitrag (Mindestbeitrag 20,00 Euro) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Vollständiger Name (Kontoinhaber)

Institut (Name der Bank)

BIC

IBAN

Hinweis

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000142142

Datum/Ort

Unterschrift