

Liebe Mitbürgerinnen, liebe Mitbürger,

die Kreisklinik Altötting hat als Schwerpunkthaus der II. Versorgungsstufe und als Akademisches Lehrkrankenhaus seit seiner Inbetriebnahme 1985 seine Leistungsfähigkeit stets unter Beweis gestellt.

Um dies zu unterstützen, haben wir den Verein zur Förderung der Kreisklinik Altötting e.V. gegründet.

Unser Ziel ist die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege im Landkreis Altötting durch die ideelle und materielle Unterstützung der Kreisklinik Altötting bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Insbesondere sollen die Aus- und Weiterbildung des Klinikpersonals gefördert und die Kreisklinik Altötting als Schwerpunkt-klinik unterstützt werden.

Fördernde Mitglieder des Vereines können alle natürlichen und juristischen Personen und sonstige Vereinigungen des öffentlichen und privaten Rechts werden, welche die Ziele des Vereins unterstützen.

Bitte tragen Sie mit dazu bei, die Leistungsfähigkeit der Kreisklinik Altötting weiterhin zu erhalten.

Herzlichen Dank!



Herbert Hofauer
1.Vorsitzender

Michael Prostmeier
Vorstand

**Wir laden Sie herzlich ein,
Mitglied unseres Fördervereins
zu werden.**

Füllen Sie bitte die anhängende Beitrittserklärung aus. Diese können Sie an der Information der Kreisklinik Altötting abgeben oder an die angegebene Adresse schicken.

Da wir vom Finanzamt als gemeinnütziger Verein anerkannt sind, sind wir berechtigt, für Ihre Beiträge bzw. Spenden Spendenquittungen auszustellen.

Für Auskünfte stehen Ihnen gerne zur Verfügung:

1. Vorsitzender:

Herr 1. Bürgermeister
Herbert Hofauer
Kapellplatz 2 a
84503 Altötting
Telefon: 08671 / 50 62 10

2. Vorsitzender:

Herr 1. Bürgermeister
Peter Haugeneder
Ludwigsstr. 62
84524 Neuötting
Telefon: 08671 / 99 80 0

Schriftführer:

Herr Robert Moser
Verwaltungsdirektor, stellv. Vorstand
Kreisklinik Altötting
Telefon: 08671 / 509 1195

Unsere Anschrift:

Förderverein der Kreisklinik Altötting e.V.
Vinzenz-von-Paul-Str. 10
84503 Altötting

Bankverbindungen:

Sparkasse Altötting-Mühldorf
IBAN: DE62 7115 1020 0026 3804 44
BIC: BYLADEM1MDF

Raiffeisenbank Neumarkt-St. Veit – Reischach
IBAN: DE79 7016 9530 0000 8580 05
BIC: GENODEF1RWZ

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich, Herr / Frau / Firma

Anschrift

erkläre hiermit den Beitritt als Mitglied im **Verein zur Förderung der Kreisklinik Altötting e.V.**

Ich ermächtige den Verein, von meinem Konto Nr.

bei der Bank Bankleitzahl

den Jahresbeitrag in Höhe von (Mindestbeitrag: 15 €) :

€

eine einmalige Spende in Höhe von :

€

abzubuchen.

Ort

Datum

Unterschrift



Förderverein

**Kreisklinik
Altötting e.V.**

**Förderverein der
Kreisklinik Altötting e.V.
Vinzenz-von-Paul-Str. 10
84503 Altötting**

An den

**Förderverein der
Kreisklinik Altötting e.V.
Vinzenz-von-Paul-Str. 10**

84503 Altötting