BEITRITTSERKLÄRUNG

Privatpersonen

◯ **Ich möchte Mitglied werden.**
Ich unterstütze den Freundeskreis mit einem **jährlichen Mitgliedsbeitrag** in Höhe von:

- ◯ € 30
- ◯ € 50
- ◯ € 100
- ◯ € _____ (individueller Betrag)

Schüler*innen, Auszubildende, Studierende, FSJ, Bufdi

- ◯ € 15
- ◯ € _____ (individueller Betrag)

Firmenmitgliedschaft

◯ **Wir möchten Mitglied werden.**
Wir unterstützen den Freundeskreis mit einem **jährlichen Mitgliedsbeitrag** in Höhe von:

- ◯ € 100
- ◯ € 250
- ◯ € 500
- ◯ € _____ (individueller Betrag)

KONTAKT UND SPENDENKONTO

Freunde und Förderer
ALB FILS KLINIKUM e.V.
Geschäftsstelle
Eichertstraße 3
73035 Göppingen
E-Mail: freundeundfoerdererAFK@gmx.de

Kreissparkasse Göppingen
IBAN: DE07610500000049109515
BIC: GOPSDE6GXXX

GIROCODE
Zahlen mit Code

Der Verein Freunde und Förderer ALB FILS KLINIKUM e.V. wurde durch das Finanzamt Göppingen als gemeinnützig anerkannt. Mitgliedsbeiträge und Spenden sind damit steuerlich absetzbar.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Paul Lambert

2. Vorsitzender: Dr. Andreas Bickelhaupt,
Oberarzt am ALB FILS KLINIKUM

Schriftführerin: Martina Heusel
Projekte & Maßnahmen: Ralf Currle

Schatzmeisterin: Nadine Borgia

Beisitzer*in: Hans-Rudi Bührle, Christine Theresia Fuchs
Kassenprüfer: Dr. Ingo Hüttner,
Med. Geschäftsführer am ALB FILS KLINIKUM

AFK-Flyer Freunde und Förderer ALB FILS KLINIKUM e.V.- 11.2026

www.alb-fils-klinikum.de

ALB FILS KLINIKUM



unterstützen engagieren vernetzen

Freunde und Förderer ALB FILS KLINIKUM e.V.

Freunde und Förderer ALB FILS KLINIKUM e.V., c/o ALB FILS KLINIKUM, Geschäftsstelle Eichertstr. 3 · 73035 Göppingen · E-Mail: freundeundfoerdererAFK@gmx.de

www.alb-fils-klinikum.de/ueber uns/foerdervereine-und-spenden
IBAN DE07 6105 0000 0049 1095 15 · BIC GOPSDE6GXXX

Vereinsregisternummer VR 33132 B Amtsgericht Ulm · Paul Lambert (1. Vorsitzender), Dr. Andreas Bickelhaupt (2. Vorsitzender), Nadine Borgia (Schatzmeisterin)

Unsere aktuellen Vorhaben, die Jahresberichte und weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite:
www.alb-fils-klinikum.de/ueber-uns/foerdervereine-und-spenden/

Freunde und Förderer
ALB FILS KLINIKUM e.V.

Das ALB FILS KLINIKUM ist medizinischer Zentralversorger des Landkreises Göppingen und mit seinem umfassenden Leistungsspektrum der größte Gesundheitsdienstleister zwischen Stuttgart und Ulm. In den Kliniken, Instituten und Zentren versorgen und behandeln 2.600 Mitarbeitende jährlich etwa 30.000 stationäre und rund 125.000 ambulante Patienten auf höchstem Niveau.

Qualitativ gute medizinische Versorgung vor der „eigenen Haustür“ ist vielerorts schon lange keine Selbstverständlichkeit mehr. Umso wichtiger ist es in der heutigen Zeit, vorhandene Einrichtungen mit ihren medizinischen und sozialen Angeboten dauerhaft zu erhalten und zu stärken.

Die FREUNDE UND FÖRDERER ALB FILS KLINIKUM e.V. haben klare Ziele:

Was wir tun...

- ✓ uns für Patient*innen & Mitarbeitende engagieren
- ✓ Bevölkerung und Medizin vernetzen
- ✓ dazu beitragen, dass Behandeln und Heilen im ALB FILS KLINIKUM auf Spitzenniveau stattfindet und die Patienten im Mittelpunkt stehen
- ✓ die Leistungsfähigkeit und Angebote der Klinik bewerben
- ✓ die Kommunikation des ALB FILS KLINIKUMS mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie mit Patienten und ihren Angehörigen verstärken
- ✓ unsere Region in Sachen Gesundheitsversorgung weiterentwickeln

Was haben wir konkret vor?

Für Vorhaben wie dieses brauchen wir IHRE Unterstützung – Werden Sie Sponsor oder Mitglied der FREUNDE UND FÖRDERER ALB FILS KLINIKUM e.V.!

Helfen SIE uns dabei, die qualitativ gute medizinische Versorgung zu erhalten und zu stärken.
Für unsere Gesundheit, in unserem Landkreis.



Sie erreichen uns unter

➔ **freundeundfoerdererAFK@gmx.de**



Absenderinformation

Vorname, Name _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Eintrittsdatum _____

Einzugsermächtigung

Ich erteile/wir erteilen dem Verein Freunde und Förderer ALB FILS KLINIKUM e.V. hiermit die Ermächtigung, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von jährlich (Mindestbetrag siehe Vorderseite)

_____ Euro von folgendem Konto abzubuchen:

Bankverbindung

Kontoinhaber _____

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Meine Rechte und Pflichten als Mitglied des Freundeskreises entnehme ich der Satzung.

Ich/Wir willigen ein, dass die von uns erhobenen Daten vom Verein zum Zwecke der Verwaltung der Mitgliedschaft gespeichert und verarbeitet werden. Ich/Wir haben jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten zu erhalten. Meine/Unsere Daten werden nach Austritt aus dem Verein gelöscht.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____