



Helpen Sie helfen!

Wir, der **Freundeskreis St. Josef-Krankenhaus Zell/Mosel e.V.**, engagieren uns für unsere und Ihre Gesundheit, indem wir das St. Josef-Krankenhaus Zell unterstützen.

Hierzu zählen:

materielle Förderung

beispielsweise von Geräteanschaffungen, die den Patienten direkt zu Gute kommen, jedoch von keinem Pflegesatz finanziert werden,

Vertiefung der Kommunikation

zwischen dem St. Josef-Krankenhaus und dem regionalen Umland, indem wir **Veranstaltungen**, wie zum Beispiel die Zeller Küchenparty, initiieren,

persönliches Engagement

der Freundeskreismitglieder durch ehrenamtliche Tätigkeiten für die Patienten im St. Josef-Krankenhaus.

Interessiert an weiteren Infos oder einer Mitgliedschaft?

Wollen Sie mehr wissen über einen oder mehrere Bereiche des St. Josef-Krankenhauses Zell/Mosel:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Innere Medizin |
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Allgemein-, Unfall- und Viszeralchirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Gefäßchirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin |
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Neurologie |
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin |
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Augenheilkunde |
| <input type="checkbox"/> | Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde |



Wollen Sie uns unterstützen im Dienste der Gesundheit?

Name _____ Bankeinzug erwünscht
ja nein

Straße _____ Hiermit ermächtige ich Sie widerruf-

PLZ/Ort _____ den Freundeskreis St. Josef-Kranken-
haus Zell/Mosel e. V. zu Lasten

Telefon _____ meines Kontos bei
Kreditinstitut _____

E-Mail _____ BLZ _____

Kontonummer _____

einziehen. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht seitens des Kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung der Einlösung.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____