

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger **Förderkreis Geriatrie Ansbach e. V.** den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 20,00 Euro von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE72ZZZ00001210009

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

Straße

PLZ/Ort

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/-in



Unser Vorstand



Erster Vorsitzender

Reiner Grimm
Lehrberg
Telefon 09820 1361
grimm-lehrberg@t-online.de



Zweiter Vorsitzender

Klaus Miosga
Langfurth-Dorfkemmathen
Telefon 0173 5233857
klaus.miosga@gmail.com



[www.bezirkskliniken-mfr.de/
ueber-uns/foerdervereine](http://www.bezirkskliniken-mfr.de/ueber-uns/foerdervereine)



Ärztlicher Beirat

Dr. Karlheinz Endres
Chefarzt der Klinik für
Geriatrische Rehabilitation
am Bezirksklinikum Ansbach

Sekretariat

Telefon 0981 4653-1601
Sekretariat-GeriReha.BKA@bezirkskliniken-mfr.de
www.bezirkskliniken-mfr.de

79 / Stand 01_2025

www.bezirkskliniken-mfr.de



**Förderkreis Geriatrie
Ansbach e. V.**

**Bezirksklinikum
Ansbach**



Selbstbestimmt leben

Jede bzw. jeder Zweite wird – laut Bayerischem Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung – im Jahr 2032 in Stadt und Landkreis Ansbach 65 Jahre oder älter sein. Mit dem Alter nehmen auch die altersbedingten Krankheiten zu. Da stellt sich doch die Frage: **Wie wollen wir leben, wenn wir alt sind?** Und die Antwort darauf lautet meistens: **möglichst lange selbstbestimmt und zu Hause.**

Schon heute setzen sich die Mitarbeitenden der Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Bezirksklinikum Ansbach dafür ein, dass ältere kranke Menschen z. B. nach einem Oberschenkelhalsbruch oder einem Schlaganfall wieder in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren können. Das medizinische Fachpersonal arbeitet mit Betroffenen daran, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu lindern. Das hilft nicht nur den Patientinnen und Patienten, sondern nimmt auch ihren Angehörigen viele Sorgen. Für diese wichtige Arbeit setzt sich der Förderkreis ein.

Ziele des Vereins

Der Förderkreis Geriatrie Ansbach e. V. hat sich zum Ziel gesetzt, die Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Bezirksklinikum Ansbach zu unterstützen, unter anderem:

- ▶ finanziell durch den Erwerb von Spenden
- ▶ mit Beschäftigungsangeboten für die Patientinnen und Patienten
- ▶ durch die Initiierung ehrenamtlicher Projekte
- ▶ durch die Organisation von Vorträgen oder Veranstaltungen, um auf die Belange hilfsbedürftiger älterer Menschen und ihrer Familien aufmerksam zu machen

So können Sie uns unterstützen

Als Mitglied im Förderverein

Mit nur 20 Euro im Jahr fördern Sie nachhaltig die Aktionen und Programme unseres Vereins. Dazu füllen Sie bitte einfach die nebenstehende Beitrittserklärung aus und schicken diese an:

Förderkreis Geriatrie Ansbach e. V.
Bezirksklinikum Ansbach
Klinik für Geriatrische Rehabilitation
Feuchtwanger Straße 38, 91522 Ansbach

Durch eine ehrenamtliche Tätigkeit

Engagieren Sie sich mit einer sinnvollen Tätigkeit und unterstützen Sie uns z. B. bei der Organisation von Veranstaltungen oder als Besuchsdienst.

Bei Interesse kontaktieren Sie uns bitte unter der E-Mail-Adresse info@foerderkreis-geriatrie.de oder telefonisch unter **09820 1361** (Vereinsvorstand).



Mit einer Spende

Wir freuen uns über jede finanzielle Unterstützung auf unser Konto:

IBAN: DE71 7656 0060 0001 1064 81
BIC: GENODEF1ANS
VR-Bank Mittelfranken West eG

Gern stellen wir Ihnen eine Spendenbescheinigung aus.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderkreis Geriatrie Ansbach e. V.:

Vorname/Nachname

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Jahresbeitrag

20,00 Euro

Zahlungstermin

jährlich zum 1. Januar

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift willige ich der Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung ein. Nach Beendigung meiner Mitgliedschaft werden die Daten gelöscht.

Bitte beachten Sie das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite.

