



Der Förderverein unterstützt das Hachenburger Krankenhaus, denn eine wohnortnahe Gesundheitsvorsorge ist wichtig.

Ziele unseres Vereins sind:

- ▶ Wir beschaffen modernste Geräte für Diagnostik und Behandlung
- ▶ Wir verbessern die Atmosphäre durch angenehme Aufenthaltsbedingungen
- ▶ Wir unterstützen die Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- ▶ Wir erleichtern die Versorgung und Betreuung der Patienten
- ▶ Wir optimieren die örtliche Versorgung von Besuchern und Patienten
- ▶ Wir fördern die Kommunikation zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten und Bürgern



www.foerdereverein-krankenhaus-hachenburg.de/

facebook@drk Krankenhaus
altenkirchen/hachenburg



instagram@drk Krankenhaus
altenkirchen/hachenburg



Ein Krankenhaus in einem Einzugsgebiet von rund 25.000 Bürgern zu halten und zu gestalten ist eine Herausforderung, die ohne Engagement aller Ortsansässigen kaum mehr geleistet werden kann. Wir setzen uns ehrenamtlich dafür ein, dass das DRK Krankenhaus in Hachenburg erhalten bleibt. Möchten auch Sie dazu beitragen, dann werden Sie Mitglied im Freundes- und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg e.V.

Ab einem Mitgliedsbeitrag von 24 Euro im Jahr oder einer Spende leisten Sie einen wertvollen Beitrag für "unser Krankenhaus".



FREUNDES- UND FÖRDERKREIS
FÜR DAS
DRK KRANKENHAUS HACHENBURG E.V.

Alte Frankfurter Straße 12 · 57627 Hachenburg
Geschäftsführerin: Melanie Eich
Telefon (0 26 62) 85 - 2001
E-Mail: melanie.eich@drk-kh-hachenburg.de
www.foerdereverein-krankenhaus-hachenburg.de

Vorsitzender:	Axel Käb
1. stv. Vorsitzende:	Gabriele Greis
2. stv. Vorsitzender:	Hendrik Hering
Geschäftsführerin:	Melanie Eich
Kassierer:	Stephan Zorn
Beisitzer von Amts wegen:	Jürgen Ecker
Beisitzer:	Robert Adolf
Beisitzer:	Andreas Heidrich
Beisitzer:	Gerrit Müller
Beisitzerin:	Heike Kohlhaas

Spendenkonten:

Sparkasse Westerwald-Sieg
IBAN: DE91 5735 1030 0180 0157 94
Westerwald Bank eG Hachenburg
IBAN: DE27 5739 1800 0002 9345 07



Mein Westerwald -
meine Heimat - mein Krankenhaus



FREUNDES- UND FÖRDERKREIS
FÜR DAS
DRK KRANKENHAUS HACHENBURG E.V.

www.foerdereverein-krankenhaus-hachenburg.de

Unsere Förderung



Wir haben in den letzten Jahren schon viel geleistet.

Seit 2005 wurden rund 500.000 Euro in den Krankenhaus-Standort Hachenburg investiert.

- ✓ Genormte Hubschraubertrage für den Hubschrauberlandeplatz
- ✓ Belastungs-EKG für den Linksherz-kathetermessplatz
- ✓ 3 Smartboards für die Krankenpflegeschule
- ✓ Reha-Mobilisationsstuhl für Adipositas-Patienten
- ✓ Befundungsarbeitsplatz für die Wirbelsäulenchirurgie
- ✓ Arztvorträge für Patienten und Angehörige
- ✓ Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeitenden
- ✓ Ultraschallgerät für die Zentrale Notaufnahme (ZNA)
- ✓ 24/7 Minimarkt Tante Martin für Patienten, Mitarbeiter und Besucher
- ✓ u. v. m.



Ultraschallgerät ZNA



Reha-Mobilisationsstuhl für Adipositas-Patienten

Ihre Vorteile

Es gibt noch viel zu tun und dazu brauchen wir Ihre Unterstützung - **werden Sie Mitglied!**

Unsere Mitglieder bieten wir bei einem stationären Aufenthalt folgende Vorteile:

- ✓ Unterbringung im Zweibettzimmer - soweit verfügbar.
- ✓ Zuzahlung bis zu 5 Nächte/Jahr entfällt
- ✓ Telefongrundgebühr entfällt
- ✓ Keine Gebühr für Kopfhörer
- ✓ Tageszeitung | Pflegeset | Wäschepaket (2 Handtücher/Bademantel) | Erweiterte Menüauswahl
- ✓ Gesamte Ersparnis 390,00 Euro

Datenschutzerklärung

1. Der Verein legt besonderen Wert auf den Schutz der personenbezogenen Daten seiner Mitglieder. Aus dieser Verantwortung heraus verarbeitet der Verein die personenbezogenen Daten immer unter Berücksichtigung der aktuell geltenden Datenschutzvorschriften.
2. Der Verein verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder zur Erfüllung der gemäß dieser Satzung zulässigen Zwecke und Aufgaben. Die auf der Beitrittserklärung vermerkten persönlichen Daten werden vereinsintern im gesetzlichen Umfang erfasst und um eine Mitgliedsnummer ergänzt.
3. Hierbei handelt es sich insbesondere um folgende Mitgliederdaten: Name, Vorname und Anschrift, Bankverbindung für den Lastschrifteinzug, Telefonnummern (Festnetz/Mobil) sowie E-Mails, Geschlecht, Geburtsdatum und Eintrittsdatum.
4. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die Daten innerhalb der nach den aktuellen Richtlinien der DSGVO geltenden Fristen unwiderruflich gelöscht.
5. Eine sichere Datenübermittlung an Dritte findet lediglich zum Zwecke des Einzuges der Mitgliedsbeiträge an das den Beitrag einziehende Kreditinstitut einmal jährlich statt. Der Verein trägt dafür Sorge, dass die personenbezogenen Mitgliederdaten durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor unbefugter Kenntnisnahme unberechtigter Personen geschützt werden.
6. Jedes Mitglied hat im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, deren Empfänger, den Zweck und die Dauer der Speicherung sowie auf Berichtigung, Löschung oder Sperrung seiner Daten.

BEITRITTSERKLÄRUNG mit SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundes- und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg e.V., Alte Frankfurter Straße 12, 57627 Hachenburg

Name, Vorname/Firma _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Tel.-Nr. _____

E-Mail _____

Die erhobenen Daten dienen ausschließlich der Vereinsarbeit und werden vom Freundes- und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg e.V. zum Zweck vereinsinterner Daten- und Textverarbeitung elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE56ZZZ00000566023

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Freundes- und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg e.V. die Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundes- und Förderkreis für das DRK Krankenhaus Hachenburg e.V. 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.

Zahlungart: Wiederkehrende Zahlung

- Einzelmitglied 24 € / Jahr Familie 40 € / Jahr
- Auszubildende / Schüler*innen 12 Euro
- Kooperatives Mitglied / Juristische Person (Firmen, Institutionen) 100 Euro
- Ich spende einmalig _____ €
- Ich spende neben dem Beitrag _____ €

Vor- und Nachname des Kontoinhabers

IBAN (ehemals Kontonummer)

BIC (ehemals Bankleitzahl)

Kreditinstitut

Unterschrift

Datum