



FREUNDESKREIS
der Kinder- und Jugendklinik
Universität Erlangen-Nürnberg e.V.
Loschgestraße 15
91054 Erlangen

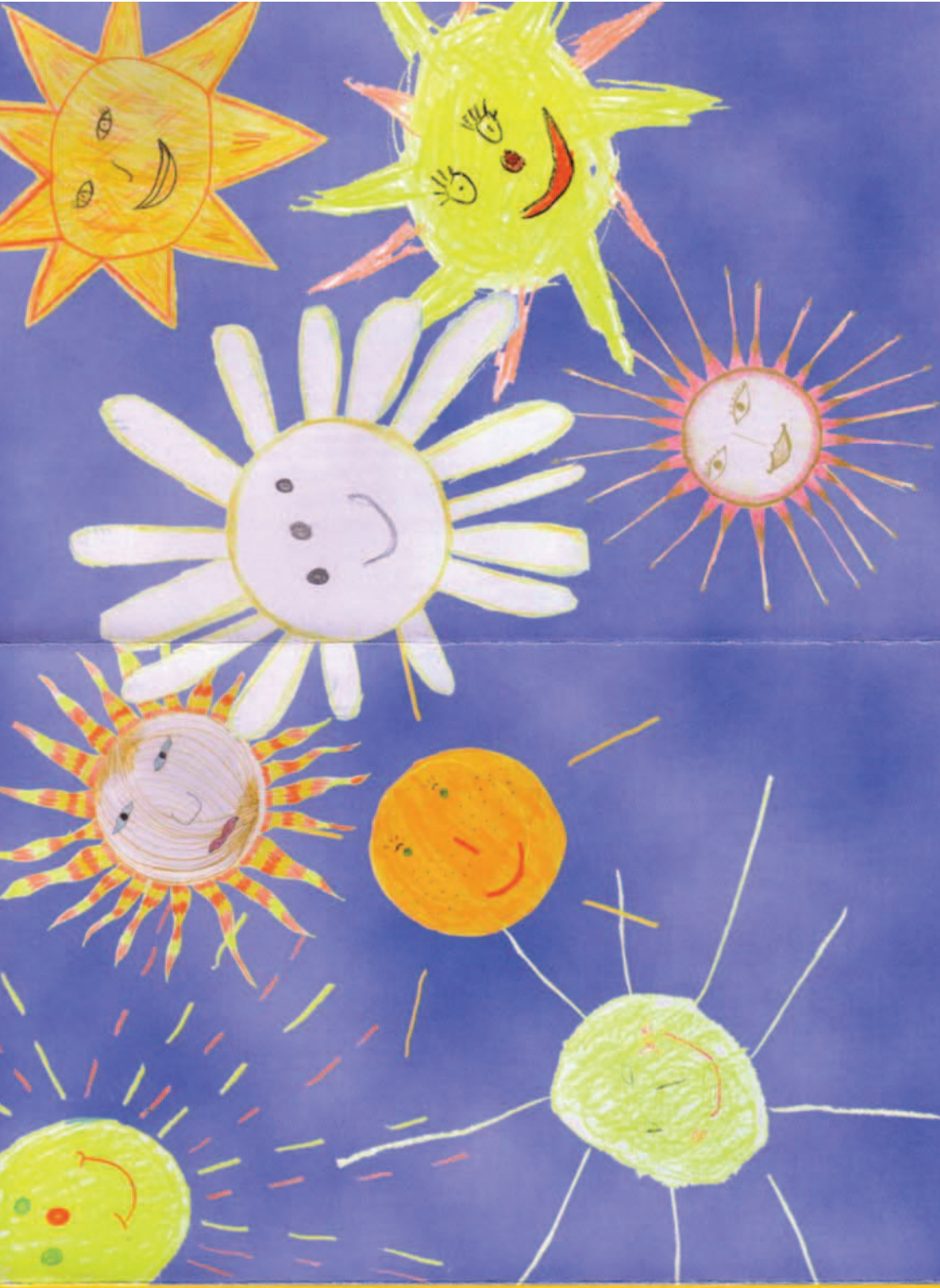
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Wohnort

Telefon

Unterschrift



Mit freundlicher Unterstützung von:

16 NULL EINS | Werbegentur

Wilhelmstraße 2b · 91054 Erlangen
Fon 0 91 31 5 06 77 0 · Fax 5 06 77 40
www.1601.com · contact@1601.com

**DRUCKHAUS
MAYER
ERLANGEN**

Wohnstraße 2a · 91054 Erlangen
Telefon 09131/24059 · Fax 24050



FREUNDESKREIS

der Kinder- und Jugendklinik
Universität Erlangen-Nürnberg e.V.

Mit Ihrer Hilfe und Ihren Spenden unterstützen wir...



...Lehre und Forschung in der Kinder- und Jugendklinik



...die Behandlung und



...Betreuung erkrankter Kinder an der Kinder- und Jugendklinik der Universität Erlangen-Nürnberg e.V.

...indem wir z.B. ...



...den Ausbau der Knochenmarkstransplantation finanziell unterstützen.



...sozial benachteiligten Familien den Aufenthalt in der Klinik und die Reise zu ihren kranken Kindern ermöglichen.



...den Kontakt der kranken Kinder mit Kindern der Loschgeschule fördern.



...Ärzte und medizinisches Fachpersonal für Forschungsprojekte unterstützen.



...die Anschaffung moderner Geräte für Diagnostik und Therapie unterstützen.

Bitte helfen Sie uns mit Ihren Spenden!

Spendenkonto

Bayr. Hypo- und Vereinsbank
BLZ 76320072 · Kto. 3174000

Sie können Ihre Spende auch für einen bestimmten Zweck in der Klinik bestimmen. Bitte Verwendungszweck angeben.

Ihre Ansprechpartner des FREUNDESKREISES:

Sekretariat

Prof. Dr. Dr. hc Wolfgang Rascher / Fr. Kerstin Harig
Loschgestraße 15
91054 Erlangen
Telefon 0 91 31 / 85 - 3 31 12

I. Vorsitzende des FREUNDESKREISES

Gerswid Herrmann
Bogenweg 11
91054 Erlangen
Telefon 0 91 31 / 5 82 18



FREUNDESKREIS

der Kinder- und Jugendklinik
Universität Erlangen-
Nürnberg e.V.

Loschgestraße 15
91054 Erlangen
Telefon 0 91 31 / 85 - 3 31 12

Aufnahmeantrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe mich entschlossen, den **FREUNDESKREIS** als Fördermitglied zu unterstützen und bitte um meine Aufnahme als ordentliches Mitglied.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen in Form von:

Mitgliedsbeiträge, die von der Mitgliederversammlung beschlossen werden (z.Z. 30,- EUR pro Jahr),

bzw. einen festen Betrag über _____ EUR jährlich

bei Fälligkeit von meinem u.g. Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Mit freundlichem Gruß,

Kto-Nr.

BLZ

Name des Kreditinstituts