

Die Mitarbeiter der
Sozialstation sagen
Danke!



WARUM SPENDEN FÜR ZEIT?

Die Mitarbeiter der Sozialstation Leonberg erbringen eine großartige Leistung! Ihr Anspruch ist es, eine menschenwürdige Demenz- und Palliativpflege zu gewährleisten.

Leider wird der nötige Zeitaufwand für eine anspruchsvolle Pflege nicht in vollem Umfang bezahlt. Die Ausführung wichtiger Arbeitsschritte ist zeitlich unterfinanziert. Fachliche und zwischenmenschliche Aspekte bleiben dabei oft auf der Strecke. Pflegekräfte und Patienten stoßen an die Grenzen Ihrer Belastbarkeit: ein Zustand, der den Anspruch eines jeden, bei Krankheit oder im Alter professionell und würdig begleitet zu werden, stark mindert.

Die Abrechnungsregelungen sind von der Bundes- und Landespolitik sowie von den Kostenträgern vorgegeben und schwer zu verändern. Um Versorgungslücken auszugleichen, unterstützt der Krankenpflegeverein Leonberg e.V. die Arbeit der Sozialstation Leonberg mit finanziellen Mitteln.

Durch eine Fördermitgliedschaft machen Sie mehr Zeit für eine menschenwürdige Pflege möglich! Ihr regelmäßiger Beitrag finanziert wertvolle Zeit in der Pflege! Helfen Sie mit und ermöglichen Sie unseren Fachkräften eine respektvolle, wertschätzende und menschenwürdige Umsetzung in der ambulanten Pflege.

JETZT FÖRDERMITGLIED
WERDEN
!!!

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

■ Ja, ich möchte Fördermitglied des Krankenpflegevereins e.V. werden:

- 30.-€ Einzel -Jahresbeitrag
- 43.-€ Familien -Jahresbeitrag
- Jährliche Spende in Höhe von:

Vorname und Name

Geburtsdatum

Weitere im Haushalt lebende Personen

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

Krankenpflegeverein Leonberg e.V.
In der Au 10
71229 Leonberg
Telefon: 07152 / 9203 - 0

SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-ID: DE17ZZZ00000323837

Die Mandatsreferenznummer (Debitorennummer) wird mit der ersten Rechnung mitgeteilt.

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Leonberg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Leonberg e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

