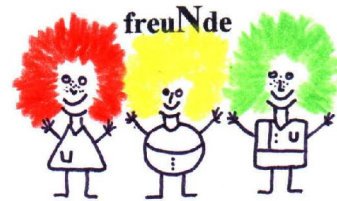


**Freunde und Förderer der Neuropädiatrie mit Sozialpädiatrischem Zentrum  
am Klinikum Kassel e.V.**



## Antrag auf Hilfe

Hiermit beantrage ich

Name..... Vorname.....

Adresse.....

Telefon..... FAX..... e-mail .....

bei **freuNde** folgende Hilfe (bitte ankreuzen):

- ..... finanzielle Zuwendung
- ..... personelle Unterstützung
- ..... Beratung
- ..... Sonstiges

Genaue Beschreibung der gewünschten Hilfe (Freitext, ggf. auch Rückseite benutzen):

.....  
.....

Geschätzter Umfang der Hilfe in EURO:.....

Gewünschter Zeitpunkt:.....

Datum/Unterschrift:.....

Den Eingang Ihres Antrages auf Hilfe durch den Förderverein **freuNde** werden wir schriftlich bestätigen. Im Rahmen einer Vorstandssitzung wird über Ihren Antrag beraten und entschieden. Sie erhalten anschließend schriftlich Bescheid.

Aus der Antragstellung allein kann kein Recht auf Hilfe abgeleitet werden.

Im Falle einer Zusage erwartet der Verein vom Antragsteller drei Monate nach Erhalt der Hilfe einen kurzen Bericht. Bei Hilfen größeren Umfangs wird sich der Vorstand ggf. selbst über den Erfolg der Maßnahme informieren.

---

**1. Vorsitzender:** Dr. Rudolf Funke **Schriftführerin:** Gabriela Regenbogen  
Neuropädiatrie am Klinikum Kassel, Mönchebergstr. 41 - 43, 34125 Kassel,  
Tel.: 0561/980 – 3096, e-mail: funke@klinikum-kassel.de  
**Kontonummer:** 1210007928 bei Kasseler Sparkasse, BLZ 52050353