

Sozialarbeit bei Epilepsie e.V. – Peter Brodisch
Ysenburgstrasse 7 – 80634 München



Städtisches Klinikum Dresden, Standort Neustadt/ Trachau
Sozialpädiatrisches Zentrum
Beate Weihnacht
Industriestraße 40
01129 Dresden

An: Beate Weihnacht, Fax: 0351-856 3569,
Mail: beate.weihnacht@klinikum-dresden.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „**Sozialarbeit bei Epilepsie e.V.**“ gemäß der Satzung v. 01.11.2003 als (bitte zutreffendes ankreuzen) zum:

_____ (Datum)

- als ordentliches Mitglied zum Mitgliedsbeitrag von 30,-- €
- als Fördermitglied zum Mitgliedsbeitrag von _____ €
(mind. 100,-- €)

Wird eine Institution Fördermitglied, dann Kontaktdaten des Ansprechpartners eintragen:

Name, Vorname: _____

Beruf: _____

Name des Fördermitglieds: _____

Dienstanschrift : _____

Privatanschrift: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Mail: _____

Peter Brodisch

Leitung EpilepsieBeratung/
Netzwerk Epilepsie & Arbeit (NEA)
Innere Mission München Diakonie
in München und Oberbayern e. V.
Ysenburgstraße 7
80331 München
Tel.: +49(0)89-54-806575
Fax: +49(0)89-54-806579
pbrodich@im-muenchen.de
www.epilepsieberatung-muenchen.de
www.epilepsie-arbeit.de

Beate Weihnacht

Städtisches Klinikum Dresden
Industriestraße 40
01129 Dresden
Tel.: +49(0)351-856-3570
Fax: +49(0)351-856-3569
beate.weihnacht@klinikum-dresden.de
www.klinikum-dresden.de

Michaela Pauline Lux

Epilepsiezentrum Kork
Landstraße 1
77694 Kehl-Kork
Tel.: +49(0)7851-84-2435
Mobile: +49(0)176-18411435
Fax: +49(0)7851-84-2201
mlux@epilepsiezentrum.de
www.diakonie-kork.de



Den Mitgliedsbeitrag

- zahle ich gem. Satzung per Überweisung bei Vereinseintritt und dann jeweils bis zum 31.01. eines Jahres.

Bankverbindung:

Sozialarbeit bei Epilepsie e.V.

Postbank Berlin

IBAN: DE63 1001 0010 0496 5461 04

BIC: PBNKDEFF

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____