



Überweisung der Teilnahmegebühr und Anmeldung bis spätestens 17.09.2021!

Anmeldung an:

Beate Weihnacht, Städtisches Klinikum Dresden, SPZ, Industriestraße 40,
01129 Dresden, beate.weihnacht@khdn.de, Fax: 0351-856 3569

Name, Vorname																									
Mailadresse (deutlich schreiben!)																									
Telefon Mobil																									
Kontakt Daten: Einrichtung Anschrift																									
Teilnahmegebühr	<table><thead><tr><th></th><th>Beide Tage</th><th>Nur 23.9.</th><th>Nur 24.9.</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tagungsteilnehmer*in....</td><td><input type="checkbox"/> 100 €</td><td><input type="checkbox"/> 60€</td><td><input type="checkbox"/> 60 €</td></tr><tr><td>Fördermitglieder.....</td><td><input type="checkbox"/> 100 €</td><td><input type="checkbox"/> 60 €</td><td><input type="checkbox"/> 60 €</td></tr><tr><td>Vereinsmitglied.....</td><td><input type="checkbox"/> 50 €</td><td><input type="checkbox"/> 30 €</td><td><input type="checkbox"/> 30 €</td></tr><tr><td>Selbsthilfe-Mitglied.....</td><td><input type="checkbox"/> 25 €</td><td><input type="checkbox"/> 15 €</td><td><input type="checkbox"/> 15 €</td></tr><tr><td>Student*in</td><td><input type="checkbox"/> 25 €</td><td><input type="checkbox"/> 15 €</td><td><input type="checkbox"/> 15 €</td></tr></tbody></table>		Beide Tage	Nur 23.9.	Nur 24.9.	Tagungsteilnehmer*in....	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 60€	<input type="checkbox"/> 60 €	Fördermitglieder.....	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 60 €	<input type="checkbox"/> 60 €	Vereinsmitglied.....	<input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 30 €	Selbsthilfe-Mitglied.....	<input type="checkbox"/> 25 €	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 15 €	Student*in	<input type="checkbox"/> 25 €	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 15 €
	Beide Tage	Nur 23.9.	Nur 24.9.																						
Tagungsteilnehmer*in....	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 60€	<input type="checkbox"/> 60 €																						
Fördermitglieder.....	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 60 €	<input type="checkbox"/> 60 €																						
Vereinsmitglied.....	<input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 30 €																						
Selbsthilfe-Mitglied.....	<input type="checkbox"/> 25 €	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 15 €																						
Student*in	<input type="checkbox"/> 25 €	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 15 €																						
Der Link zur Online-Teilnahme wird Mitte September nach Eingang der Teilnahmegebühr verschickt	Bankverbindung: Sozialarbeit bei Epilepsie e.V. Postbank Berlin IBAN: DE63 1001 0010 0496 5461 04 BIC: PBNKDEFF Verwendungszweck: „Vor- und Nachname /Tagung 2021“																								
Mitgliederversammlung	Meine Anliegen oder Anträge:																								

Datum: Unterschrift: