

Michaela Pauline Lux
Leitung Kliniksozialdienst
Epilepsiezentrum Kork
Landstraße 1
77694 Kehl-Kork

An: Michaela Pauline Lux, Fax: 07851 – 84 22 01
Mail: mlux@epilepsiezentrum.de

Beitrittserklärung

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

_____ (Datum)

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

Wird eine Institution Fördermitglied, dann Kontodaten des Ansprechpartners eintragen:

Name, Vorname: _____

Beruf: _____

Name des Fördermitglieds: _____

Dienstanschrift: _____

Privatanschrift: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Mail: _____

Michaela Pauline Lux
Epilepsiezentrum Kork
Landstraße 1
77694 Kehl-Kork
Tel 07851/ 84 24 35
Mobile 0176/18 41 14 35
Fax 07851/84 22 01
mlux@epilepsiezentrum.de
www.diakonie-kork.de

Peter Brodisch
EpilepsieBeratung
Kinderneurologie-Hilfe
Teilhabe – Epilepsie – Arbeit (TEA)
Diakonie München/Oberbayern e. V.
Ysenburgstraße 7
80634 München
Tel 089/54 80 65 75
Fax 089/54 80 65 79
pbrodisch@diakonie-muc-obb.de;
www.epilepsieberatung-muenchen.de
www.epilepsie-arbeit.de

Bernhard Köppel
Rummelsberger Diakonie
Psychosoziale Beratungsstelle für
Menschen mit Epilepsie
(Mittelfranken)
Ajtoschstr.6
90459 Nürnberg
Tel 0911/ 3936342-14
Fax 0911/ 3936342-20
koeppel.bernhard@rummelsberger.net
www.rummelsberger-diakonie.de/epilepsie



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: _____