Sozialarbeit bei Epilepsie e.V.
Geschäftsstelle Kork, Landstrasse 1, 77694 Kehl-Kork

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

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

Beitrittserklärung

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

_____ (Datum)

(bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ als ordentliches Mitglied zum Jahresbeitrag von 30,-- €

☐ als Fördermitglied zum Jahresbeitrag von _____ €
(mind. 100,-- €)

Name, Vorname: _____

Beruf: _____

Institution: _____

Dienstanschrift: _____

Privatanschrift: _____

Tel. dienstl.: _____

Tel. privat: _____

E-Mail dienstl.: _____

E-Mail privat: _____

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

Kathrin Schulze
Sozialpädiatrisches Zentrum
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstr. 20a
04103 Leipzig
Tel 0341-9726 816
Fax 0341-9726 909
Kathrin.Schulze@medizin.uni-leipzig.de
www.uniklinikum-leipzig.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

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

☐ Als Fördermitglied erhalte ich eine Rechnung an die o. a. Adresse.

Bankverbindung:
Sozialarbeit bei Epilepsie e. V.
Postbank Berlin
IBAN: DE63 1001 0010 0496 5461 04
BIC: PBNKDEFF

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____