

Selbsthilfegruppe
sowie Bildungs- und Beratungsstelle
von und für Anfallkranke e.V.
Wotanstr. 14, 10365 Berlin



Mitgliedschaft

Selbsthilfegruppe sowie Bildungs- und Beratungsstelle von und für Anfallkranke e.V.

Name: _____
Vorname: _____
geb. am: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____
Tel.: _____
Mail: _____

Bei Rückfragen, Notfällen o.Ä. wenden an (Angehörige, Betreuer):

Kontaktart: _____
Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____
Tel.: _____
Mail: _____

Der Beitrag beträgt monatlich 3 Euro.

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Berlin, den _____

Unterschrift

Berlin, den _____

Vorstand Unterschrift