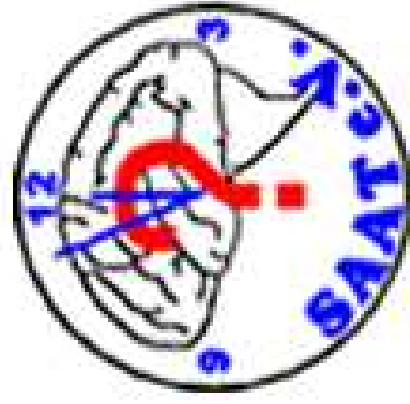


SAAT e.V.

*Selbsthilfegruppe für Anfallkranke
und Angehörige Trier e.V.
Postfach 3328 - 54223 Trier*



Sie möchten der Selbsthilfegruppe als Mitglied beitreten

Beitrittserklärung:

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

weitere Personen: _____

weitere Personen: _____

Mitgliederjahresbetrag:

1. Mitglied € 20,00 *2. Mitglieder € 30,00*

3. Mitglieder € 35,00 *weitere Mitglieder kostenlos*

Ich möchte der Epilepsie Selbsthilfegruppe Trier als Mitglied beitreten

Datum/Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung: _____

BLZ: _____ *K-Nr.:* _____

Institut: _____

Datum/Unterschrift: _____