

# Beitrittserklärung

Hiermit trete ich zum \_\_\_\_\_ dem Epilepsie Bundes-Elternverband e.V. bei.

Ich bin bereit einen steuerbegünstigten Jahresbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ , mindestens jedoch 25,-- € zu zahlen.

Ich lasse o. g. Betrag abbuchen.  
Kontoinhaber

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich überweise den Jahresbeitrag auf das Konto Nr. 25.159930, BLZ 701 500 00  
Stadtsparkasse München.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte per Post oder Fax schicken an:

**e.b.e. Epilepsie Bundes-Elternverband**  
Geschäftsstelle Bärbel Popp  
Streitbergstr. 59  
81249 München  
Tel. + Fax (0 89) 86 48 88 23  
Email ebe-popp@t-online.de