

Vorsitzende:

Annette Baumgärtner, PhD
Inst. f. System. Neurowissenschaften
Universitätsklinikum Hamb.-Eppendorf
Martinistr. 52
D - 20246 Hamburg

2. Vorsitzende:

Georg Greitemann M.A.
Kliniken Schmieder
Eichhornstraße 68
D – 78464 Konstanz
G.Greitemann@kliniken-schmieder.de

Schriftführer

Dr. Caterina Breitenstein
Klinik und Poliklinik für Neurologie
Universitätsklinik Münster
Albert-Schweitzer-Straße 33
D - 48129 Münster
caterina.breitenstein@uni-muenster.de

Schatzmeister

Dr. Frank Dohmas
Klinische Linguistik
FB Germanistik u. Kunstwissenschaften
Universität Marburg
Wilhelm-Röpke-Straße 6a
D - 35032 Marburg

www.aphasiegesellschaft.de

Dr. Caterina Breitenstein
Klinik und Poliklinik für Neurologie
Universitätsklinik Münster
Albert-Schweitzer-Straße 33

D - 48129 Münster

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) bei.

- Ich nehme am Lastschriftinzugsverfahren teil. Aus organisatorischen Gründen bevorzugtes Verfahren ! Bitte beiliegendes Bankformular ausfüllen und unterschreiben.
- Ich habe den Mitgliedsbeitrag von € 35.- für das Jahr 2009 überwiesen (um 5,- € Verwaltungskostenanteil erhöht gegenüber dem Lastschriftverfahren) - Sparkasse Marburg-Biedenkopf, BLZ 533 500 00, Konto-Nr. 21 00 68 74.
IBAN: DE16 5335 0000 0021 0068 74
BIC: HELADEF1MAR
Wir bitten um regelmäßige Überweisung jeweils zum 15. 1. des neuen Geschäftsjahres.
- Ich bin mit der online-Veröffentlichung meiner persönlichen Kontaktdaten im paßwortgeschützten Mitgliederbereich der GAB einverstanden.
- Ich möchte den **Rundbrief** über Neuigkeiten und aktuelle Stellenangebote per email erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Für das Mitgliederverzeichnis (Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben):

Name	Vorname	Titel	E-mail
------	---------	-------	--------

Adresse

Berufsgruppe:

<input type="checkbox"/> Ärztin / Arzt	<input type="checkbox"/> Linguist(in)
<input type="checkbox"/> Logopädin / Logopäde	<input type="checkbox"/> Psychologin / Psychologe
<input type="checkbox"/> Sprachheilpädagogin / -pädagoge	<input type="checkbox"/> Sprecherzieher(in)
<input type="checkbox"/> in Ausbildung	<input type="checkbox"/> Sprecherzieher(in)
<input type="checkbox"/> Andere _____	