

Landesarbeitsgemeinschaft
Sozialpsychiatrischer Dienste
Nordrhein-Westfalen e. V.

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste
Nordrhein—Westfalen e. V. werden.

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße, Wohnort

Institution/Dienststelle	Tätigkeit
--------------------------	-----------

Datum	Unterschrift
-------	--------------

(Diese ausgefüllte Beitrittserklärung senden Sie bitte an den Sozialpsychiatrischen Dienst,
Hochsauerlandkreis, z. H. Herrn Dr. Joachim Scholz, Eichholzstr. 9, 59821 Arnsberg,
Fax 02931/9426216)