

Mitglieder Anmeldeformular

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

Plz/Ort: _____

Telefon Nr.: _____

E-Mail: _____

Abschlussjahr DCB: _____

Abschluss als: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Geburtsjahr: _____

- Ich möchte Mitglied des DCB Alumni Vereins werden
- Ich möchte ins Mitgliederverzeichnis des DCB Alumni Vereins aufgenommen werden
- Ich möchte ausschliesslich per Post informiert werden

Datum: _____ Unterschrift: _____