

# 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: \_\_\_\_\_