

A N T R A G

Ich möchte gern im Alumni-Club der Charité – Universitätsmedizin Berlin Mitglied werden
(bitte vollständig ausfüllen):

Name, Titel	Vorname	Geb.-Dat.
Straße	Fachdisziplin	
PLZ, Ort	Studienbeginn WS/SS	
Land	Studienabschluss WS/SS	
Telefon, Fax	E-Mail-Adresse	

Der jährliche Mitgliederbeitrag von € 25,- ist auf folgendes Konto zu überweisen:

Alumni-Club der Charité
Commerzbank
IBAN: DE14 1204 0000 0464 6469 00
BIC: COBADEFFXXX
Verwendungszweck: Jahresbeitrag & Ihr Name

Falls Sie den ACDC mit Spenden unterstützen möchten:

€

Hiermit erkläre ich, dass ich mich mit der Erfassung meiner Daten durch den Alumni-Club zum Zwecke der Nachkontaktpflege einverstanden bin.

.....
Datum, Unterschrift