



Beitrittserklärung Alumni Verbundstudium e.V.

Ich möchte dem Alumni Verbundstudium e.V. beitreten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zur Verwendung und Verwaltung gespeichert werden.

*Name, Vorname

*Straße (privat)

*PLZ, Ort (privat)

Telefon (privat)

*E-Mail

Geb.-Datum

Firma

Abteilung

Telefon (dienstlich)

*Studiengang

Studienort

Absolvent/-in seit (TT.MM.JJJJ)

(falls zutreffend)

SEPA-Lastschriftmandat

Alumni Verbundstudium e.V.
Im Alten Holz 131, 58093 Hagen
Gläubiger-Identifikationsnr.: DE6322200001316871
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige den Alumni Verbundstudium e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Alumni Verbundstudium e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*IBAN

*BIC

*Bank

*Datum, Ort *Unterschrift

*Pflichtangaben

Das ausgefüllte und unterschriebene Formular bitte einscannen und an wirting@fh-swf.de senden.