

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Senden Sie diese an: [info@CAMBALumni.de](mailto:info@CAMBALumni.de) oder +49 (0)3212-3745624

---

Name, Vorname, Titel

---

Firma, Position

---

Straße, Hausnummer oder Postfach

---

PLZ Ort

---

Geburtsdatum, Geburtsort

---

E-Mail-Adresse

---

Telefon, ggf. Studiengang, Abschlussjahr

## Konditionen

Mitgliedsbeitrag: € 36 pro Kalenderjahr für alle Interessierten, Teilnehmer und Absolventen

## Einzugsermächtigung

---

Kontoinhaber

---

Kontonummer

---

Bankleitzahl

---

Geldinstitut



Hiermit ermächtige ich CAMBALumni e.V. , jederzeit widerruflich, den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag von dem angegebenen Konto abzubuchen (bitte ankreuzen).

---

Datum, Unterschrift\*

\*Ich werde Mitglied in CAMBALumni e.V. und erkenne die Satzung und Beitragsordnung in der derzeit gültigen Form an.