

IMD Alumni Deutschland e.V.

Saonestraße 3
60528 Frankfurt am Main

Antrag auf Mitgliedschaft im IMD Alumni Deutschland e.V.

Vorname/Zuname:

Anschrift geschäftlich:

Telefon geschäftlich:

E-Mail geschäftlich:

Anschrift privat:

Telefon privat:

E-Mail privat:

IMD-Kurs und Jahr

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den IMD Alumni Deutschland e.V.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Satzung gelesen zu haben, und verpflichte mich zur Einhaltung der Satzungsbestimmungen.

Datum

Unterschrift