

Beantragung der Mitgliedschaft bei IMAPS-Deutschland e.V.

Bitte füllen Sie die Felder komplett aus.

Vorname & Name _____

Titel / Position / Abteilung _____

Mitgliedsart Privatmitglied Firmenmitglied Studenten _____

	Privatadresse	Arbeit
Firmenname		
Straße & Nummer		
PLZ		
Ort		
Land		
Telefon		
Mobil		
Fax		
Email		
Korrespondenz an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift _____

Ort & Datum _____

Senden Sie das Formular bitte unterschrieben an +49 8722/9620-713 oder -30
Die Mitgliedschaft kann mit einmonatiger Kündigungsfrist zum Jahresende gekündigt werden.

Für internen Gebrauch

Mitgliedsnummer

Leuze

Bearbeitet von

Datum