

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im RCDS an meiner Hochschule.



Name, Vorname

Semesteranschrift

Hochschule

Studiengang

Matrikelnummer

Studienbeginn

Telefon / Fax

Mobiltelefon

Email

Geburtsdatum



Heimatanschrift

- Ja, ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an den RCDS-Bundes- und Landesverband einverstanden.
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass ich aktuelle Informationen per Email erhalte. Setzt mich bitte auf die Email-Verteiler des RCDS.
- Ja, ich will nach dem Studium mit dem RCDA in Kontakt treten und bin mit der Weitergabe meiner Daten an den RCDA einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift eines
Vorstandsmitglieds