

## Antrag auf Mitgliedschaft CMBB

### -Studierende-

Vorname \_\_\_\_\_ \*

Name \_\_\_\_\_ \*

Höchster Abschluss \_\_\_\_\_

Angestrebter Abschluss \_\_\_\_\_

Universität \_\_\_\_\_ \*

Studienfach \_\_\_\_\_ \*

### Kontakt

Straße \_\_\_\_\_ \*

PLZ \_\_\_\_\_ \*

Ort \_\_\_\_\_ \*

Telefon \_\_\_\_\_ \*

Emailadresse \_\_\_\_\_ \*

Ich bin weiblich männlich divers \*

Im Anhang finden Sie meinen tabellarischen CV.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Satzung zur Kenntnis genommen habe und diese anerkenne.

\* = Pflichtfelder

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_ \*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift \_\_\_\_\_ \*