**Beitrittsformular**

Antrag auf Beitritt als

☐ Aktivmitglied

☐ Passivmitglied

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
|  |  |
| Vorname |  |
|  |  |
| Titel |  |
|  |  |
| Adresse |  |
|  |  |
| PLZ, Ort |  |
|  |  |
| Telefon Privat |  |
|  |  |
| Telefon Geschäftlich |  |
|  |  |
| Telefon Mobil |  |
|  |  |
| E-Mail |  |
|  |  |
| Geburtsdatum |  |
|  |  |
| Abschlussjahr |  |
|  |  |
| Matrikelnummer(falls vorhanden) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Unterschrift |  |
|  |  |
|  |  |

Ausgefülltes Formular bitte an folgende Adresse schicken:

ATILA

Postfach 4011

CH-8021 Zürich