

Alumni

Alumni-Nummer:

--	--	--	--	--	--	--

Hiermit beantrage ich als ehemalige/r Studierende/r gemäß § 9 Abs. 4 Hochschulgesetz, § 6 Abs.1 Grundordnung der Universität Bielefeld den Status einer/s Angehörigen der Universität Bielefeld.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geschlecht: männlich weiblich

Nationalität:

ggf. Titel:

Erster Hochschulabschluss

Art des Abschlusses:

Fach/Studien-
einrichtung:

Jahr:

Hochschule:

Weiterer Hochschulabschluss oder Hochschulgrad

Art des Abschlusses:

Fach/Studien-
einrichtung:

Jahr:

Hochschule:

Angehörigenstatus an der Universität Bielefeld

Datum des Erwerbs:

Datum der Entlassung:

Hiermit erkläre ich mich mit der Erhebung und Verarbeitung meiner o. g. personenbezogenen Daten durch die Universität Bielefeld zum Zwecke der Kontaktpflege einverstanden. Eine Übermittlung der Daten ist nur an die Westfälisch-Lippische Universitätsgesellschaft e. V. und an das Absolventen-Netzwerk e. V. ebenfalls zum Zwecke der Kontaktpflege zulässig. Mir ist bekannt, dass die Angabe der Daten freiwillig ist, dass ich mein Einverständnis jederzeit für die Zukunft widerrufen kann und dass ich auf Antrag aus dem Angehörigenstatus entlassen werden kann. Die personenbezogenen Daten werden dann gelöscht.

 Ort, Datum

 Unterschrift