

AUFNAHMEBOGEN

für das Internationale Alumni-Programm
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



Bitte senden Sie diesen Bogen an:

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Herr Aeilt Poppinga
Präsidium, Alumni-Programm
Mensa-Trakt, Büro M 1-173
D-26111 Oldenburg

PERSÖNLICHE ANGABEN*

Geschlecht weiblich männlich

Akademischer Titel _____

Vorname _____

Name _____

Nationalität _____

Geburtsdatum _____

AKTUELLE ADRESSE*

Straße _____

Zusätze _____

PLZ _____

Ort _____

Land _____

Telefon _____

E-Mail _____

Fax _____

BERUF

Jetzige berufl. Tätigkeit _____

Firma/Institution _____

Ort (Land) _____

STUDIENZEIT*



Matrikelnummer: _____

Studium von _____ bis _____

1. Studienfach _____ 2. Studienfach _____

3. Studienfach _____ 4. Studienfach _____

- Abschluss: Diplom Magister Promotion kein Abschluss
 B.A. B.Sc. B.Eng. LL.B.
 M.A. M.Sc. M.Eng. LL.M.
 Lehramt Grund- und Hauptschule Lehramt Sonderschule
 Lehramt Gymnasium Lehramt Berufsbildende Schulen
 Lehramt Realschule

Erworbener
Titel: _____

Ich war Stipendiatin / Stipendiat folgender Stiftungen: _____

Ich wünsche die kostenlose jährliche Zusendung der Zeitschriften „Einblicke“ und „Uni-Info“ an die oben genannte aktuelle Adresse.

Hiermit erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen des Alumni-Programms der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg einverstanden. Meine personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Kontaktpflege (u. a. Einladungen zu Veranstaltungen, Zusendung von Informationen, Angebote zur Kontaktaufnahme mit Studierenden/anderen Alumni) zwischen der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg und ihren Absolventinnen und Absolventen gespeichert und verwendet. Eine Weitergabe an Dritte durch die Universität Oldenburg erfolgt nicht.

Eine Mitgliedschaft in einem Verein ist hiermit nicht verbunden.

Diese Erklärung kann ich jederzeit durch ein formloses Schreiben an:

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Herr Aeilt Poppinga
Präsidium, Alumni-Programm
Mensa-Trakt, Büro M 1-173
D-26111 Oldenburg

widerrufen. Nach erfolgter Löschung meiner Daten werde ich hierüber zeitnah schriftlich informiert.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

(Achtung: handschriftliche Unterschrift erforderlich!)