



## FORMULIR KEANGGOTAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, bersedia bergabung dengan ICSB Global.

Saya bersedia membayar iuran keanggotaan sebesar Rp600.000/tahun.

Saya akan terlibat aktif dalam kegiatan dan bersedia mengikuti ketentuan ICSB Indonesia dan ICSB Global.

Nama lengkap : \_\_\_\_\_

Tempat dan tanggal lahir : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Posisi : \_\_\_\_\_

Institusi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

Alamat Institusi/Perusahaan : \_\_\_\_\_

No. HP : \_\_\_\_\_

No. Telepon Kantor : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Organisasi : \_\_\_\_\_

Posisi : \_\_\_\_\_

Tanda Tangan,

Ditandatangani pada \_\_\_\_\_

Silakan mengirimkan formulir yang telah diisi ke sekeretariat Pengurus Daerah ICSB Indonesia di wilayah Anda.