



FORMULIR KEANGGOTAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, bersedia bergabung dengan ICSB Indonesia.
Saya bersedia membayar iuran keanggotaan sebesar Rp200.000/tahun.
Saya akan terlibat aktif dalam kegiatan dan bersedia mengikuti ketentuan ICSB Indonesia.

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.