



Schweizerischer Berufsverband
für Augenoptik und Optometrie
Société Suisse pour
l'Optique et l'Optométrie

AUFNAHMEGESUCH STUDENT / GASTMITGLIED

Der/die Unterzeichnete wünscht dem Schweizerischen Berufsverband für Augenoptik und Optometrie SBAO beizutreten und verpflichtet sich, die Bestrebungen des Verbandes zu unterstützen und die Statuten einzuhalten.

Mitgliedernummer: _____ (→ bitte offen lassen!)

Korrespondenz: Sprache: deutsch französisch Adresse: privat Geschäft

- Aktivmitglied
 Passivmitglied

- Fördermitglied (Augenoptiker)
 Fördermitglied (Industrie)

Privatadresse

Herr Frau

(Titel) _____
Name _____
Vorname _____
Strasse _____
Postfach _____
PLZ _____
Ort _____
e-mail _____
Telefon _____
Fax-Nr. _____

Geschäftsadresse

Funktion Geschäftsführer/-in
 Geschäftsinhaber/ -in

Firmenname _____
Strasse _____
Postfach _____
PLZ _____
Ort _____
Anstellung selbst. angestellt
Telefon _____
Fax-Nr. _____
Newsletter digital per Post

Persönliche Angaben

Geburtsdatum _____

Fachschule Institut für Optometrie

SOV-Mitglied ja nein

Berufl. Weiterbildung (Kurse, Studium etc.) _____

Fachprüfung am: * _____

Datum: _____

Unterschrift: _____