

## **ANMELDEFORMULAR**

BOAF - Mitgliedschaft

Für das Jahr 2018

REF

BOAF-REGMEM18

Lieber Interessent,

Vielen Dank, dass Sie bei BOAF Mitglied werden möchten.

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular vollständig auszufüllen und an das BOAF Büro zurückzusenden.

Ihr Mitgliedsantrag wird vom BOAF Beirat geprüft. Er entscheidet über Ihre Aufnahme. Sollte Ihr Antrag abgelehnt werden, erhalten Sie eine entsprechende Benachrichtigung per E-mail.

Wird Ihre Aufnahme vom Beirat befürwortet, erhalten Sie von unserem Büro auf dem Postweg Ihre Rechnung, Ihren Mitgliedsausweis und Ihr jährliches Zertifikat.

Ebenso erhalten Sie auf diesem Weg unseren Ehrenkodex.

BOAF Mitglieder erhalten einen Vorzug gegenüber Nichtmitgliedern bei allen Veranstaltungen die von der BOAF organisiert werden.

Für weitere Informationen setzen Sie sich bitte mit unserem Büro in Verbindung.

Vielen Dank

Mit freundlichen Grüßen

Uwe Seese / Executive Secretary BOAF

## BOAF-MITGLIEDSCHAFT ANMELDEFORMULAR - TEIL 1

FÜR DAS JAHR 2018

JAHRES MITGLIEDSBEITRAG - 2018: 195€

### ANMELDE-INFORMATIONEN

#### GESCHÄFTSADRESSE

Voller Name \_\_\_\_\_

Firmenname \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung (Titel) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Web Seite \_\_\_\_\_ MwSt-Nr. \_\_\_\_\_

#### PRIVATADRESSE

Adresse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobile Phone \_\_\_\_\_

Fax privat \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Private Web Seite \_\_\_\_\_ Skype Name \_\_\_\_\_

#### GEBURTSTAG

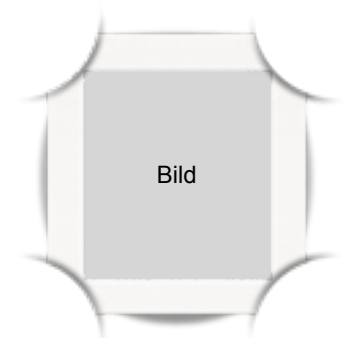
Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### SPRACHEN

Muttersprache \_\_\_\_\_

1. Fremdsprache \_\_\_\_\_

2. Fremdsprache \_\_\_\_\_



## **BOAF-MITGLIEDSCHAFT ANMELDEFORMULAR - TEIL 2**

FÜR DAS JAHR 2018

JAHRES MITGLIEDSBEITRAG - 2018: 195€

### **ALLGEMEINE ANMELDE-INFORMATIONEN**

**GEWORBEN DURCH:** \_\_\_\_\_

#### **WEITERE MITGLIEDSCHAFTEN**

Sind Sie Mitglied in einer dieser Organisationen? (bitte ankreuzen)

CSO\_\_\_, OEP\_\_\_, WVAO\_\_\_, COVD\_\_\_, SBAO\_\_\_, AOF\_\_\_, IVBV\_\_\_, SIODEC\_\_\_, SOE\_\_\_,  
Keine \_\_\_, Andere\_\_\_ Bitte kurz beschreiben \_\_\_\_\_

#### **BERUFLICHES ARBEITSGEBIET**

Was gehört zu Ihrem täglichen Arbeitsbereich? (bitte ankreuzen)

Optik\_\_\_, Contactlinsen\_\_\_, Syntonics\_\_\_, VT\_\_\_, WF\_\_\_, Neuroreha\_\_\_, Low Vision\_\_\_,  
Sports Vision\_\_\_, Physiotherapy\_\_\_, Sensomotorik\_\_\_, Homöopathie\_\_\_, VIPS\_\_\_, Schüssler\_\_\_,  
Orthoptik\_\_\_, Andere\_\_\_, Bitte kurz beschreiben \_\_\_\_\_

#### **TITEL & FELLOWSHIP**

Welche Titel und Fellowships haben Sie? (bitte ankreuzen)

OD\_\_\_, PhD\_\_\_, FO\_\_\_, FCSO\_\_\_, FCOVD\_\_\_, FSOE\_\_\_, Andere\_\_\_, Titel \_\_\_\_\_

#### **DIPLOME UND ABSCHLÜSSE**

Abschluss Titel \_\_\_\_\_, Abschlussdatum \_\_\_\_\_,

Schule \_\_\_\_\_, Abschluss \_\_\_\_\_,

Abschluss Titel \_\_\_\_\_, Abschlussdatum \_\_\_\_\_,

Schule \_\_\_\_\_, Abschluss \_\_\_\_\_,

Abschluss Titel \_\_\_\_\_, Abschlussdatum \_\_\_\_\_,

Schule \_\_\_\_\_, Abschluss \_\_\_\_\_,

Anmerkungen \_\_\_\_\_