



Schweizer  
Berufsverband für  
Sehtraining

## Anmeldung als A – Mitglied im Schweizer Berufsverband für Sehtraining

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel./Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Homepage \_\_\_\_\_

### Nähere Angaben zur Ausbildung

Wo und bei wem absolvieren Sie die Ausbildung / haben Sie die Ausbildung absolviert?

\_\_\_\_\_

Wann fand die Ausbildung statt? Wie lange dauert(e) sie?

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Abschlussprüfung abgelegt? - Diplomarbeit eingereicht?

**Diplom vorhanden?** Ja  Nein  (Bitte Kopie der Ausbildungsbestätigung / Prüfung /Diplom beilegen)

**Andere Ausbildungen** (Therapie / Medizin / Optik):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit den Statuten und den Vereinsbestimmungen einverstanden.

Ich möchte auf der Webseite [www.sehtraining.ch](http://www.sehtraining.ch) gelistet werden. (Wenn nicht, bitte streichen)

Ort

Datum

Unterschrift