



Schweizer  
Berufsverband für  
Sehtraining

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

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Ich möchte als Freund, Gönner, in Ausbildung befindlicher SehtrainerIn Mitglied des Schweizerischen Berufsverband der SehtrainerInnen werden.

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

### Falls in Ausbildung, nähere Angaben zur Ausbildung

Wo und bei wem absolvieren Sie die Ausbildung?

\_\_\_\_\_

Wie lange dauert sie?

\_\_\_\_\_

Legen Sie eine Abschlussprüfung ab? / Wann?

\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit den Statuten und den Verbandsbestimmungen einverstanden.

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift

\_\_\_\_\_