

Schweizer Berufsverband
für Sehtraining SBS
CH-8000 Zürich

Schweizer Berufsverband
für Sehtraining SBS
CH-8000 Zürich

Anmeldung A-Mitgliedschaft

Name, Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	
Telefon mobil	<input type="text"/>	
Website, Email	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ausbildung

Wo und bei wem absolvierten Sie
Ihre Ausbildung?

Wann fand die Ausbildung statt
und wie lange dauerte sie?

- Ich habe eine Diplomarbeit eingereicht.
 Ich habe eine Abschlussprüfung abgelegt. **(Bitte Kopie Ausbildungsbestätigung oder Diplom beilegen.)**

Weitere Ausbildungen
(Therapien / Medizin / Optik)

- Ich erkläre mich mit den Statuten und den Vereinsbestimmungen einverstanden.
 Ich möchte auf der [Website](#) des Verbands gelistet werden

Ort und Datum

Name, Vorname (Unterschrift)