



Verband für
Sehtraining &
Augentherapie

Verband für Sehtraining
und Augentherapie VSA
CH-8000 Zürich

Verband für Sehtraining
und Augentherapie VSA
CH-8000 Zürich

Anmeldung A-Mitgliedschaft

Name, Vorname		
Adresse		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Telefon mobil		
Website, Email		

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](http://www.sehtraining.ch) des Verbands gelistet werden

Ort und Datum

Name, Vorname (Unterschrift)