

ANMELDEFORMULAR

BOAF - Mitgliedschaft

Für das Jahr 2024

REF

BOAF-REGMEM24

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

Yvonne Frei / Executive Secretary BOAF

BOAF-MITGLIEDSCHAFT ANMELDEFORMULAR - TEIL 1

FÜR DAS JAHR 2024

JAHRES MITGLIEDSBEITRAG - 2024: 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

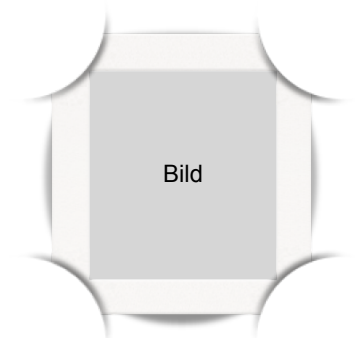
Tag _____ Monat _____ Jahr _____

SPRACHEN

Muttersprache _____

1. Fremdsprache _____

2. Fremdsprache _____



BOAF-MITGLIEDSCHAFT ANMELDEFORMULAR - TEIL 2

FÜR DAS JAHR 2024

JAHRES MITGLIEDSBEITRAG - 2024: 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 _____