Behavioral Optometry Academy Foundation

OFFICER

UWE SEESE
Executive Secretary BOAF

Herderstrasse 8
24116 Kiel - DE
T +49 431 70573430

office@boaf-eu.org
www.boaf-eu.org

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE

MEMBRO - BOAF

Per L'anno 2019

REF

BOAF-REGMEM17

Caro Aspirante,

Ti ringraziamo per l'interesse a diventare un MEMBRO-BOAF.

- Compila il documento di registrazione in tutte le sue parti e rispediscilo alla Segreteria-BOAF.
- Prenderemo in considerazione la tua richiesta di affiliazione e la Commissione di Consiglieri deciderà in merito. Se la tua richiesta non venisse accettata, riceverai una comunicazione E-Mail.
- Se la richiesta verrà accettata, riceverai la fattura, il tesserino con Codice di Membro e il Certificato annuale tramite mail inviata dalla Segreteria.
- I Membri BOAF avranno la precedenza sui non-membri in tutte le manifestazioni organizzate dalla BOAF.

Per maggiori informazioni, si prega contattare la Segreteria-BOAF.

Cordialmente e a disposizione.

Uwe Seese / Segretario BOAF

Behavioral Optometry Academy Foundation

OFFICER

UWE SEESE
Executive Secretary BOAF

Herderstrasse 8
24116 Kiel - DE
T +49 431 70573430

office@boaf-eu.org
www.boaf-eu.org

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE MEMBRO BOAF - PARTE 1

PER L'ANNO 2019

QUOTA ANNUALE AFFILIAZIONE - 2019: 195€

INFORMAZIONI PERSONALI

INDIRIZZO UFFICIO

Nome completo_____

Nome Attività_____

Titolo Professionale(s)_____

Indirizzo_____

Città_____

CAP_____ Paese_____

Tel.Uff._____ Tel.Cell_____

Fax_____ Email_____

Web Page_____ P.IVA:_____

INDIRIZZO PRIVATO

Indirizzo_____

Città_____

CAP_____ Paese_____

Tel.Casa_____ Tel.Cell_____

Fax Casa_____ Email_____

Web Page Privata_____ Nome Skype_____

DATA DI NASCITA

Giorno_____ Mese_____ Anno_____

LINGUA

Prima Lingua_____

Seconda Langua _____

Terza langua _____

Foto

Behavioral Optometry Academy Foundation

OFFICER

UWE SEESE
Executive Secretary BOAF

Herderstrasse 8
24116 Kiel - DE
T +49 431 70573430

office@boaf-eu.org
www.boaf-eu.org

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE MEMBRO BOAF - PARTE 2

PER L'ANNO 2019

QUOTA ANNUALE MEMBRO - 2019: 195€

INFORMAZIONI GENERALI MEMBRO

ALTRE AFFILIAZIONI

Sei membro di una o più di queste Associazioni? (se sì,segna con una X)

CSO___, OEP___, WVAO___, COVD___, SBAO___, AOF___, IVBV___, SIODEC___, SOE___,

Nessuna di queste___, Altro___ Prego Specificare_____

ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Quali sono le tue attività professionali quotidiane? (segnare con una X)

Ottica___, LAC___, Syntonics___, VT___, WF___, Neuro riab___, Ipovisione___,

Sports Vision___, Fisioterapia___, Senso-motorio___, Omeopatia___, VIPS___, Schüssler___,

Orto-pedagogico___, Altro___, Prego specificare_____

TITOLI E RICONOSCIMENTI

Quali sono i tuoi titoli e/o riconoscimenti? (segnare con una X)

OD___, PhD___, FO___, FCSO___, FCOVD___, FSOE___, Altro___, Specificare_____

DIPLOMA

Diploma Titolo_____, Diploma Data_____, Diploma Livello_____,

Diploma Scuola_____, Diploma Testo_____,

Diploma Titolo_____, Diploma Data_____, Diploma Livello_____,

Diploma School_____, Diploma Testo_____,

Diploma Titolo_____, Diploma Data_____, Diploma Livello_____,

Diploma Scuola_____, Diploma Testo_____,

Osservazioni Generali:_____