**Aufnahmegesuch**

Der/die Unterzeichnete wünscht dem Schweizerischen Berufsverband für Augenoptik und Optometrie SBAO beizutreten und verpflichtet sich, die Bestrebungen des Verbandes zu unterstützen und die Statuten einzuhalten.

Mitgliedernummer *(bitte offen lassen!)*

**Korrespondenz** **Adresse**

[ ]  deutsch [ ]  französisch [ ]  privat [ ]  Studienort

[ ]  Gastmitgliedschaft

**Privatadresse Adresse Studienort**

[ ]  Herr [ ]  Frau

Name *Bitte eingeben* Zusatz *Bitte eingeben*

Vorname *Bitte eingeben* Strasse *Bitte eingeben*

Strasse *Bitte eingeben* Postfach *Bitte eingeben*

Postfach *Bitte eingeben* PLZ *Bitte eingeben*

PLZ *Bitte eingeben* Ort *Bitte eingeben*

Ort *Bitte eingeben* Telefon *Bitte eingeben*

E-Mail *Bitte eingeben* **OPTIKSCHWEIZ Mitglied**

Telefon *Bitte eingeben* [ ]  ja [ ]  nein

Geburtsdatum *Bitte eingeben*

Fachprüfung FHNW, Olten

voraussichtlich im Jahr *Bitte eingeben*

Datum *Bitte eingeben* Unterschrift 

Das vollständig ausgefüllte Aufnahmegesuch ist an folgende Adresse zu senden:

Sekretariat SBAO, Winkelbüel 2, 6043 Adligenswil, info@sbao.ch

**Einwilligungserklärung Datenschutz**

Ja, ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden verwendet.