

Bitte ausfüllen und an die IVBS-Geschäftsstelle senden, am einfachsten per Fax (s.u.)
Postanschrift: IVBS, Bergstr. 10, D-65558 Flacht.

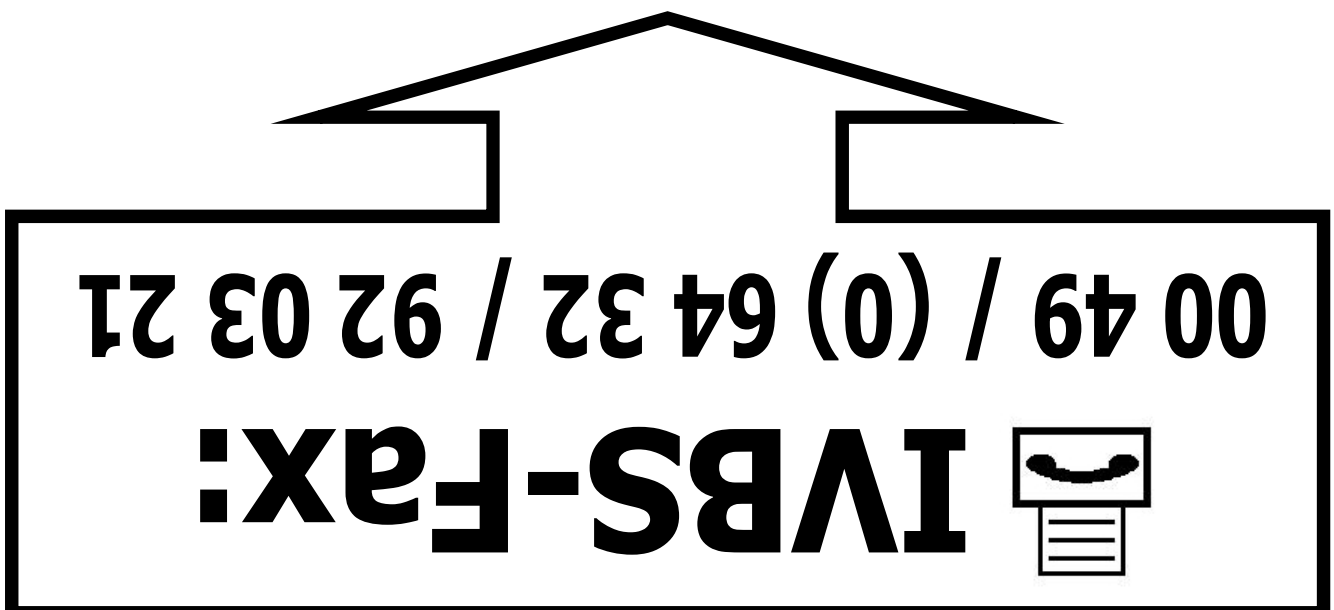
Betr.: Aufnahme in die Mitgliederliste im Internet

Bitte übernehmen Sie die nachfolgend aufgeführten Daten zu meiner Person in die 'IVBS-Mitgliederliste' auf der Internetseite der IVBS (www.ivbs.org).

| | |
|---|--|
| Name, Vorname: | BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN |
| Beruf: (bitte verfügbare Kategorie ankreuzen oder weitere Berufsgruppe eintragen) <input type="checkbox"/> Augenoptiker/Optometr <input type="checkbox"/> Arzt für Augenheilkunde <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> _____ | |
| Anschrift (dienstlich): | |
| Telefon: | |
| Telefax: | |
| E-Mail: | |
| <input type="checkbox"/> Ja, ich wende die MKH auch bei Kindern an, und zwar ab folgendem Alter: ____ | |

Mit meiner Unterschrift erteile ich der IVBS hinsichtlich des Datenschutzes ausdrücklich mein Einverständnis zur Veröffentlichung und Speicherung meiner oben eingetragenen Angaben. Die Veröffentlichung kann zum Beispiel in der IVBS-Mitgliederliste auf der Internetseite der IVBS oder in ausgedruckten Listen erfolgen. Meine Daten dürfen auf beliebigen Datenträgern gespeichert und weitergegeben werden. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit widerrufen.

| | |
|-------------|---------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift: |
|-------------|---------------|



00 49 / (0) 64 32 / 92 03 21

IVBS-Fax: 