

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](http://www.ivbs.org)).

Name, Vorname:	<b>BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN</b>
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:	
Ab welchem Alter untersuchen Sie generell Kinder? (damit ist nicht die MKH gemeint) <span style="float: right;">Ab _____ Jahren.</span>	

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:**

