CIBAVISION® SEMINARE

ANMELDEFORMULAR

ANMELDUNG PER FAX UNTER **01 798 92 98**
ODER PER TELEFON UNTER **01 798 92 94 - 43**

(Bitte in Blockbuchstaben)

▶ Vorname / Nachname Teilnehmerin: _____

Firma: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____ Kunden-Nr.: _____

▶ Berufsbezeichnung bzw. Ausbildung:

- ☐ Auszubildende/-r
- ☐ Student/-in
- ☐ Augenoptiker/-in
- ☐ Staatl. gepr. Augenoptiker/-in
- ☐ Augenoptikermeister/-in
- ☐ Dipl.-Ing. (FH) Augenoptik
- ☐ Orthoptist/-in
- ☐ Dipl.-Augenoptiker/-in, Dipl.-Optometrist/-in
- ☐ Arzthelfer/-in
- ☐ Augenarzt/-ärztin
- ☐ Assistenzarzt/-ärztin
- ☐ _____

▶ Hiermit melde ich mich für folgendes Seminar an:

☐ **KEINE SCHEU VOR KONTAKTLINSEN – Das Assistenten-Seminar**

Modul A (Teil 1 & 2): Ort _____ Datum Teil 1 / Teil 2 _____ / _____ Kosten _____ €

Modul B: _____ Ort _____ Datum _____ Kosten _____ €

☐ **FIT FOR SOFT**
Kontaktlinsen-Anpassung für Einsteiger Ort _____ Datum _____ Kosten _____ €

☐ **SPALTLAMPENTECHNIK** _____ Ort _____ Datum _____ Kosten _____ €

☐ **DER KONTAKTLINSEN-PROFI**
Know-how für Praktiker _____ Ort _____ Datum _____ Kosten _____ €

☐ **FIT FÜR PFLEGEMITTEL** _____ Ort _____ Datum _____ Kosten _____ €

☐ **GESCHÄFTSERFOLGE MIT KONTAKTLINSEN**
Das Business-Seminar _____ Ort _____ Datum _____ Kosten _____ €

Summe _____ €

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir Ihren Seminarwunsch aus Kapazitätsgründen nicht immer sofort erfüllen können. Sie erhalten eine schriftliche Anmeldebestätigung mit allen wichtigen Informationen.

Firmenstempel

▶ _____

Datum Unterschrift des Teilnehmers

CIBAVISION