



BEITRITTSERKLÄRUNG – Mitgliedschaft im AOVS

Bitte füllen Sie die untenstehenden Rubriken in Blockschrift aus und faxen (031 310 20 35) oder mailen (info@aovs-fso.ch) Sie uns dieses Formular zu. Besten Dank. Wir werden uns umgehend bei Ihnen melden.

Genauere Bezeichnung Ihrer Firma:

Rechtsform Ihrer Firma:

Strasse / Nr.:

Postfach / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon: Fax:

E-Mail: Website:

Name Inhaber / Geschäftsführer:

Tel. direkt : E-Mail direkt:

Anzahl Mitarbeiter: (davon Lernende:)

Haben Sie Filialen oder Tochterfirmen? JA NEIN

Wenn JA, geben Sie uns bitte die genaue Firmenbezeichnung und den Sitz der Filiale / Tochterfirma an:

1.

2.

Sind Sie bereits Mitglied in anderen Verbänden? JA NEIN

Wenn JA, geben Sie uns bitte an, in welchen Verbänden:

.....

Wir wünschen Aktivmitglied (im Sinne der Statuten Art. 5) des AOVS zu werden. Wir haben die Statuten des AOVS Augenoptik Verbandes Schweiz, datiert vom 27. November 2014, durchgelesen und erklären uns damit vollumfänglich einverstanden.

Datum: Unterschrift: