

# Aufnahmeantrag in das Deutsche Optometristen-Register der Gütegemeinschaft Optometrische Leistungen e. V.

## Optometrist/-in

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Arbeitgeber

Name des Unternehmens: \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ggfls. Mitgliedsnummer in der Gütegemeinschaft optometrische Leistungen e.V.: \_\_\_\_\_

## Qualifikation

Optometrist/in (HWK / ZVA)

BSc in Augenoptik / Optometrie

MSc in Augenoptik / Optometrie

Dipl.-Ing. in Augenoptik / Optometrie

EurOptom ( und Optik)

Sonstige, gleichwertige Qualifikationen/ Abschlüsse)

Im Ausland erworbene, gleichwertige Qualifikationen/ Abschlüsse\*

*\*gilt auch für im Ausland erworbene BSc und MSc Abschlüsse*



- Hiermit willige ich ein, dass der jährliche Beitrag für die Aufnahme in das Deutsche Optometristen-Register in Höhe von 30,00€ über das eingereichte SEPA-Lastschriftmandat (Anlage 1), jährlich durch die Gütegemeinschaft Optometrische Leistungen e. V. abgebucht werden darf. Es fallen keine Beiträge an, sofern der/die Antragssteller/in bei einem Mitglied der Gütegemeinschaft Optometrische Leistungen e. V. ein Arbeitsverhältnis hat.
  
- Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das oben genannte Deutsche Optometristen-Register der Gütegemeinschaft Optometrische Leistungen e. V. Ich erkenne die Fortbildungspflicht (Anlage 2 des Vertrags, Punkt Weiterbildung) als verbindlich an und werde meine Nachweise unaufgefordert zum Ende jeden Jahres schriftlich einreichen. Meine beglaubigten Abschluss-Zeugnisse liegen als Kopie bei.
  
- Hiermit gestatte ich die Nutzung meiner personenbezogenen Daten zur internen Verwaltung meiner Aufnahme in das Deutsche Optometristen-Register sowie für die offizielle Aufnahme meiner Daten in das öffentlich zugängliche Mitgliedsverzeichnis auf der Homepage der Gütegemeinschaft.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Optometrist/-in

---

Unterschrift/ Stempel Arbeitgeber/-in

