

# 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

**Arbeitshilfe zum Ausfüllen des Aufnahmeantrags in das Deutsche Optometristen-Register der Gütegemeinschaft Optometrische Leistungen e. V.**

Optometrist/-in:

Vorname/ Name

Geben Sie hier den vollständigen Firmennamen an

Geburtsdatum

-/-

Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)

Geben Sie hier bitte Ihre private Anschrift an, nicht die des Betriebs.

Telefon

Geben Sie hier eine Telefonnummer an, unter der wir Sie zuverlässig erreichen können.

E-Mail

Geben Sie hier eine E-Mailadresse an, unter der wir Sie zuverlässig erreichen können.

Angaben zum Arbeitgeber:

Name des Unternehmens

-/-

Straße/ Haus-Nr./ PLZ/Ort

-/-

Telefon

Geben Sie hier eine Telefonnummer an, unter der wir den Betrieb zuverlässig erreichen können.

E-Mail

Geben Sie hier eine E-Mailadresse an, unter der wir den Betrieb zuverlässig erreichen können.

Ggfs. Mitgliedsnummer in der Gütegemeinschaft optometrische Leistungen e.V.

-/-

Qualifikation

Kreuzen Sie hier bitte die höchste zutreffende Qualifikation an. Ergänzen Sie bitte keine eigenen Angaben.

Denken Sie bitte daran, eine Kopie Ihrer Zeugnisse anzufügen.

