

Diplôme Européen d'Optométrie ECOO

Formulaire d'inscription

Merci de remplir le présent formulaire pour vous inscrire aux examens du Diplôme Européen d'Optométrie. Un seul exemplaire est valable pour toutes les épreuves.
Veuillez le retourner avec les documents requis à: Zentralverband der Augenoptiker, Alexanderstraße 25a, D-40210 Düsseldorf, Allemagne/Deutschland

Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Titre	<input type="text"/>	Date et lieu de naissance	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>		
Fax	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		
Les opticiens-optométristes ou ingénieurs titulaires du diplôme permettant l'exercice professionnel doivent joindre une copie de leur diplôme et fournir les informations suivantes:			
Etablissement d'obtention du diplôme	<input type="text"/>		
Pays, région	<input type="text"/>		
Date d'obtention:	<input type="text"/>		
Les personnes en cours de formation pour l'obtention du diplôme permettant l'exercice professionnel, doivent joindre une lettre de recommandation de leur centre de formation et fournir les informations suivantes :			
Nom du centre de formation	<input type="text"/>		
Nom du diplôme préparé	<input type="text"/>		
Nom du directeur d'établissement	<input type="text"/>		
Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
<i>POUR USAGE ADMINISTRATIF UNIQUEMENT / FOR OFFICE USE ONLY</i>			
Date received:	Examination registration approval:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Query		
Comments:			

Diplôme Européen d'Optométrie ECOO

Formulaire d'inscription aux épreuves écrites

Merci de retourner le présent formulaire à: Zentralverband der Augenoptiker (ZVA), Alexanderstraße 25a, D-40210 Düsseldorf, Allemagne/Deutschland.

Votre inscription doit nous être parvenue avant le 31 Juillet 20... . Nous ne pourrons plus accepter aucune inscription après cette date.

Nous ne pouvons accepter aucune inscription non accompagnée de son paiement.

S'il vous plaît noter que le paiement par chèque ne sera pas acceptée.

Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
Titre	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>		
Fax	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		
Je participerai aux épreuves suivantes:			
Examen écrit de la partie A			<input type="checkbox"/>
Examen écrit de la partie B			<input type="checkbox"/>
Examen écrit de la partie C			<input type="checkbox"/>
Je souhaite passer l'examen en:			
Anglais	<input type="checkbox"/>	Français	<input type="checkbox"/>
		Allemand	<input type="checkbox"/>
Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et j'accepte le règlement de l'Examen Européen en Optométrie et Optique.			
Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
<i>POUR USAGE ADMINISTRATIF UNIQUEMENT / FOR OFFICE USE ONLY</i>			
Date received:	Fee:	Receipt No:	
Entered on computer:	Confirmation:	Comments:	

Diplôme Européen d'Optométrie ECOO

Formulaire d'inscription aux épreuves pratiques

Merci de retourner le présent formulaire à: Zentralverband der Augenoptiker (ZVA), Alexanderstraße 25a, D-40210 Düsseldorf, Allemagne/Deutschland

Votre inscription doit nous être parvenue avant le 15 Janvier 20 . Nous ne pouvons plus accepter aucune inscription après cette date. **Nous ne pouvons accepter aucune inscription non accompagnée de son paiement. S'il vous plaît noter que le paiement par chèque ne sera pas acceptée.**

Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>		
titre	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
adresse	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
téléphone	<input type="text"/>		
fax	<input type="text"/>		
e-mail	<input type="text"/>		
Je participerai aux épreuves suivantes:			
Examen pratique de la partie B 20..			<input type="checkbox"/>
Examen pratique de la partie C 20			<input type="checkbox"/>
Examen pratique de la partie A 20			<input type="checkbox"/>
Je souhaite être examiné en:			
Anglais	<input type="checkbox"/>	Français	<input type="checkbox"/>
		Allemand	<input type="checkbox"/>
Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et j'accepte le règlement de l'Examen Européen en Optométrie et Optique.			
Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
<i>POUR USAGE ADMINISTRATIF UNIQUEMENT / FOR OFFICE USE ONLY</i>			
Date received:	Fee:	Receipt No:	
Entered on computer:	Confirmation:	Comments:	