



## Anmeldeformular für die Mitgliedschaft in der SEBIM

Ich möchte gerne Mitglied bei der SEBIM werden .

Anrede:            Frau            Herr            Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf(e): \_\_\_\_\_

---

### Adresse privat:

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Webseite: \_\_\_\_\_

---

### Adresse Praxis:

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Webseite: \_\_\_\_\_

---

### Die Korrespondenz möchte ich gerne an folgende Adresse erhalten:

Privatadresse

Praxisadresse

(Gewünschtes bitte ankreuzen, ohne Angabe erfolgt die Korrespondenz an die Praxisadresse)

**Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin**

Sekretariat Gabriela Balestra Veia Sumvei 16 7462 Salouf

Tel.: 081 637 19 48 Fax 081 637 19 49 [www.sebim.ch](http://www.sebim.ch) info@sebim.ch

**Praxistätigkeit:** bitte alles Zutreffende ankreuzen

Ja	Nein
selbständig	angestellt
separater Raum in der Wohnung	eigene Praxisräume

Ich praktiziere mit dieser Methode seit: \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Stunden/Woche Bioresonanztherapie: \_\_\_\_\_

Ich praktiziere noch andere naturheilkundliche Verfahren:

---

---

---

---

---

---

---

**Testverfahren** Bitte alle angewendeten Verfahren ankreuzen!

EAV und Ähnliche (BFD, Vegatest-Schimmel etc.)

Einhandrute

Pendel

Kinesologische Testung (Muskeltest)

Einfache Pulstestung

Chinesische Pulstestung

Andere: \_\_\_\_\_

Digitalisierte Testampullen von (Firma) \_\_\_\_\_

**Geräte:** Bitte alle verwendeten Geräte ankreuzen und Liste eventuell ergänzen!

Bicom	Version _____	Multicom
Bicom optima		
Mora III / IV		Mora Color
Mora Super	mit ELH-Interface	mit PC/Software
Mora nova	mit Zusatzmodulen: _____	
Bemisan	Mitosan	Actisan
Mito Plus mit Modulen	GPES	Mito
Global Diagnostics		Digisoft
Vega/Wegamed Check		Vega SEG/DFM
Vegatest		Veg/Wegamed Select
Vega-Audiocolor		Vega-STT
ZMR		Vega/Wegamed MRT
Medisend super	Medisend super II	Medisend super III
Color-Punktur	anderes AMS-Gerät: _____	
RemiWave Pro		bioswing Pro
biocheck Pro		
Advantus 10		Biosyn 17 Bionik
Lycotronic		Bionik-Korrelator
Ondamed		
Mars III		CORE Inergetix
Quantec		Etascan
DELTA-Scan		Meta Scan
Brain Response		Oberon
Vitascanning		Valeom
TimeWaver		TimeWaver Frequency
SCIO		L.I.F.E System
Scenar		

**Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin**

Sekretariat Gabriela Balestra Veia Sumvei 16 7462 Salouf

Tel.: 081 637 19 48 Fax 081 637 19 49 [www.sebim.ch](http://www.sebim.ch) info@sebim.ch

Scenar

weitere Geräte:

---

---

---

---

---

### **Ausbildung**

Anzahl Stunden à 60 Minuten Bioresonanzausbildung: \_\_\_\_\_  
(Bitte Ausbildungszertifikate beilegen)

Anzahl Stunden à 60 Minuten Ausbildung in Schulmedizin: \_\_\_\_\_  
(Bitte Ausbildungszertifikate beilegen)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihr Antrag wird im Rahmen der nächsten Vorstandsitzung behandelt. Der Beschluss wird Ihnen schriftlich, spätestens in 10 -12 Wochen, mitgeteilt.

SEBIM-Mitglieder können von einer Werbung von Neumitgliedern profitieren.

Durch wen wurden Sie auf eine SEBIM-Mitgliedschaft aufmerksam?  
Das SEBIM-Mitglied dankt Ihnen für die Angabe.