



Formulaire d'inscription pour devenir membre de la SEBIM

j'aimerais devenir membre de la SEBIM .

Titre: Madame Monsieur Autre: _____

Nom: _____ Date de naissance: _____

Prénom: _____ Profession(s): _____

Adresse privée:

Rue: _____

NPA, lieu: _____

Telephone: _____ Natel: _____

Fax: _____ Mail: _____

Site Web: _____

Adresse cabinet:

Nom du cabinet: _____

Rue: _____

NPA, lieu: _____

Telephone: _____ Natel: _____

Fax: _____ Mail: _____

Site web: _____

J'aimerais recevoir la correspondance à l'adresse suivante:

Adresse privée

Adresse du cabinet

(Veuillez cocher votre préférence, sans indication de votre part, la correspondance sera envoyée à l'Adresse du cabinet)

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 info@sebim.ch

Activité professionnelle: (veuillez cocher tout ce qui correspond)

Oui	Non
inpendant(e)	employé(e)
Piece separée dans l'appartement	cabinet à part

Je pratique cette méthode depuis: _____

Moyenne d'heures par semaine avec la thérapie de Biorésonance: _____

Je pratique aussi d'autres méthodes en médecine complémentaire:

Méthodes de test: Veuillez cocher toutes les méthodes utilisées!

électro-acupuncture (différentes variantes possibles)

Tensor

Pendule

Test kinésiologique

Test du pouls RAC

Test du pouls chinois

autres: _____

Ampoules de test digitalisées de (entreprise ou marque) _____

Appareils: veuillez cocher tous les appareils utilisés et compléter la liste si nécessaire!

Bicom	Version _____	Multicom	
Bicom optima			
Mora III / IV		Mora Color	
Mora Super	avec interface ELH	avec PC/Software	
Mora nova	avec modules complémentaires: _____		
Bemisan	Mitosan	Actisan	
Mito Plus avec Modules	GPES	Mito	Digisoft
Global Diagnostics			
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	autre appareil AMS: _____		
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	Physioscan	
Brain Response		Oberon	
Vitascanning		Valeom	
TimeWaver		TimeWaver Frequency	
SCIO		L.I.F.E System	
Scenar			

autre appareils:

Formation

Nombre d'heures à 60 minutes de formation en Bioresonance: _____
(Veuillez ajouter les certificats)

Nombre d'heures à 60 minutes en anatomie/physiologie/pathologie: _____
(Veuillez ajouter les certificats)

Je confirme le véracité des indications:

Lieu: _____ Date: _____

Signature: _____

Votre demande sera traitée dans le cadre de la prochaine séance du comité. La décision vous sera communiquée par écrit, au plus tard dans 10-12 semaines.

**Les membres SEBIM peuvent bénéficier du parrainage d'un nouvel adhérent.
Par qui avez-vous découvert la possibilité d'adhérer à la SEBIM?
Le membre SEBIM concerné vous remercie de l'avoir mentionné**