



Anmeldeformular für die Mitgliedschaft in der SEBIM

Ich möchte gerne Mitglied bei der SEBIM werden .

Anrede: o Frau o Herr o 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)

Praxistätigkeit: bitte alles Zutreffende ankreuzen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> angestellt |
| <input type="checkbox"/> separater Raum in der Wohnung | <input type="checkbox"/> 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
- Kinesiologische Testung (Muskeltest)
- Einfache Pulstestung Chinesische Pulstestung
- Andere: _____
- Digitalisierte Testampullen von (Firma) _____

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

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

o 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: _____

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.

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