

# ANMELDUNG / ANTRAG VERBANDSBEITRITT



# BBNS

Berufsverband Biofeedback | Neurofeedback Schweiz 

## PERSONALIEN UND PRAXISANGABEN

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

### Praxis (Name)

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon - Nr. \_\_\_\_\_ Mobile - Nr. \_\_\_\_\_  
Email Adresse \_\_\_\_\_ ZSR-Nr. (falls vorh.) \_\_\_\_\_  
Praxis Website \_\_\_\_\_

## AUSBILDUNG

Institut \_\_\_\_\_ Anzahl Stunden \_\_\_\_\_ Diplomjahr \_\_\_\_\_

Grundausbildung \_\_\_\_\_  
Berufs-/Studienabschluss \_\_\_\_\_  
Fachausbildung Biofeedback \_\_\_\_\_  
Medizinische Grundlagen \_\_\_\_\_  
Weitere Diplome/Abschlüsse \_\_\_\_\_

## EINTRITT BBNS

Gewünscht per \_\_\_\_\_  
Mitgliedschaft 250 CHF / Aktiv 100 CHF / Studierende Wissenschaft+Forschung (nach Absprache)  
100 CHF / Passiv Gönner (nach Abspr.) *(Zutreffendes bitte markieren)*

Bemerkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Einsenden an:** [aufnahme@bbns.ch](mailto:aufnahme@bbns.ch) / Bitte Unterlagen zur Ausbildung/Diplome beilegen, danke!

*Wird vom BBNS ausgefüllt:*

Aufnahme per \_\_\_\_\_ Für die Aufnahmekommission:  
Verbands - Nr. \_\_\_\_\_ Unterschrift/Datum \_\_\_\_\_