

### Vermittlung Physiotherpeut\*innen Kanton Bern

|  |  |
| --- | --- |
| **Name,** **Adresse****E-Mail****Telefonnummer** |  |
| **In welchem Bereich möchte ich eingesetzt werden** |  |
| **Alle besuchten Weiterbildungen** |  |
| **Berufserfahrung (Fachbereiche, Anzahl der Jahre und Jahre seit dem letzten Einsatz)** |  |
| **Aktuelles Arbeitsgebiet (Ort und Patientengruppe)** |  |
| **Verfügbarkeit/mögliche Arbeitstage** |  |

Vorstand physiobern