

# Teilnahmebestätigung 2018



Dieses Formular ist nur für Anbieter gesundheitswirksamer Kurse und nicht für Anbieter von gerätegestütztem Kraft-/HerzKreislauftraining (= Fitnesscenter)!

## XSUNDFIT

Burstwiesenstrasse 49

CH - 8606 Greifensee

Anbieter ID:

8239

ZSR-Nummer:

H188389

QualiCert 2018

Name der Krankenversicherung: .....  
Zusatzversicherung: .....  
Versichertennummer: .....  
Name des Versicherten: .....  
Vorname des Versicherten: .....  
Strasse: .....  
PLZ/Ort: .....

### Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

- Fitness  Pilates
- CSS-Pilates  Pilates

### Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

#### Dauerzugang:

- ..... Monats- / 10-er Abo
- 1/2 Jahr
- 1/1 Jahr
- ..... Jahre

Abo-Beginn: .....

Abo-Ende: .....

Preis: CHF / € .....

#### Terminzugang:

Anzahl Anlässe:.....

Datum erster Anlass: .....

Datum letzter Anlass: .....

Preis: CHF / € .....

Die Versicherten können dieses Formular mit der Quittung / dem Zahlungsnachweis des einbezahlten Abonnementbetrages / der Teilnahmegebühr zum Bezug des Gesundheitsförderungsbeitrages an die zuständige Krankenversicherung weiterleiten.

Ort und Datum .....

Unterschrift Anbieter

Unterschrift Versicherter

.....

.....