

Teilnahmebestätigung 2019

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

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

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

Fitness Pilates

Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

Dauerzugang: <input type="checkbox"/> Monats- / 10-er Abo <input type="checkbox"/> 1/2 Jahr <input type="checkbox"/> 1/1 Jahr <input type="checkbox"/> 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

.....