Teilnahmebestätigung 2023

QualiCert
CERTIFIED QUALITY

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: **208239** **ZSR-Nummer:** **H188389**

QualiCert 2023

Name der Krankenversicherung _____

Zusatzversicherung _____

Versichertennummer _____

Name des Versicherten _____

Vorname des Versicherten _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

O Fitness Pilates

Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

Dauerzugang:

O___ Monats- / 10-er Abo
O1/2 Jahr
O1/1 Jahr
O___ 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 _____