

Teilnahmebestätigung 2024



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

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:

- ☐ __ 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