

# Teilnahmebestätigung 2024



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

<b>Fortbildungsschule Volketswil</b>			
Zentralstrasse 21			
CH - 8604 Volketswil			
<b>Anbieter ID:</b>	<b>201518</b>	<b>ZSR-Nummer:</b>	<b>L189389</b>

**Name der Krankenversicherung** \_\_\_\_\_

**Zusatzversicherung** \_\_\_\_\_

**Versichertennummer** \_\_\_\_\_

**Name des Versicherten** \_\_\_\_\_

**Vorname des Versicherten** \_\_\_\_\_

**Strasse** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort** \_\_\_\_\_

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

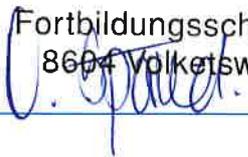
- Aqua Training                      Kinderschwimmen, Wasserfitness, Wasserfitness/60plus, Wasserfitness/aqua Tabata
- Fitness                                      Pilates

Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

<b>Dauerzugang:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> __ Monats- / 10-er Abo</li><li><input type="radio"/> 1/2 Jahr</li><li><input type="radio"/> 1/1 Jahr</li><li><input type="radio"/> __ Jahre</li></ul>	<b>Terminzugang:</b> <b>Anzahl Anlässe</b> _____
<b>Abo-Beginn</b> _____	<b>Datum erster Anlass</b> _____
<b>Abo-Ende</b> _____	<b>Datum letzter Anlass</b> _____
<b>Preis CHF/€</b> _____	<b>Preis CHF/€</b> _____

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** Fortbildungsschule  
8604 Volketswil  


**Unterschrift Versicherter** \_\_\_\_\_