Teilnahmebestätigung 2016

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

Sophia Schmid
Speicherstrasse 52
CH - 9043 Trogen
Anbieter ID: 2872 **ZSR-Nummer: O194989**

Qualitop 2016

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

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

O Fitness — Aerobic / Stepaerobic / Kondi Mix
O Rückengymnastik — Rückengymnastik

Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

O Dauerzugang:
O ..... Monats- / 10-er Abo
O 1/2 Jahr
O 1/1 Jahr
O ..... Jahre

Abo-Beginn: .....
Abo-Ende: .....
Preis: CHF / € .....

O 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

…… ……