Teilnahmebestätigung 2018

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

QualiCert
CERTIFIED QUALITY

Sybille Huser-Walker

Eichlistrasse 28

CH - 6405 Immensee

QualiCert 2018

Anbieter ID: **8011** **ZSR-Nummer:** **Y139789**

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

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

O Fitness Medical Fitness- LnB Motion 4 Life/FaYo

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**

....