

Teilnahmebestätigung 2019

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



FLEX Do GmbH

Mellingerstrasse 2

CH - 5400 Baden

Anbieter ID:

8550

ZSR-Nummer:

W316189

QualiCert 2019

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

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

Fitness fitPUNCH, Pilates, x30

Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

| | |
|--|--|
| Dauerzugang: <input type="checkbox"/> Monats- / 10-er Abo <input type="checkbox"/> 1/2 Jahr <input type="checkbox"/> 1/1 Jahr <input type="checkbox"/> 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

.....