

# Teilnahmebestätigung 2020



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

**Sonja Hladnik KFGL**

Winzerweg 13

CH - 8180 Bülach

Anbieter ID: 1170

ZSR-Nummer:

S247489

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

**Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!**

- Aqua Training                      Aqua Medical C, Aqua Medical Eau-là-là, Aqua-Medical-Power C, Aqua-Sana, PWT / Aqua-Medical-C, PWT / Aqua-Medical-Power A/B, PWT / Aqua-Medical-Power C
- Fitness                                      Bellinetics Move, h-EYE-performance / Happy EYE, Jumpfit ATL, Super Bellinetics

**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**

.....