

Teilnahmebestätigung für 11.2020 - 11.2024

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

Sonja Hladnik
Winzerweg 13
8180 Bülach

Anbieter ID: 2404

ZSR-Nummer: S247489

Versichertennummer:

Name des Versicherten:

Vorname des Versicherten:

Strasse:

PLZ/Ort:

Teilnahmebestätigung an folgendem Kurs:

Zertifizierungsbereich: Kursnamen:

Untenstehend die für die Beitragsforderung

Zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

Dauerzugang: Terminzugang: Anzahl Anlässe:

..... Monats- / 10-er Abo 1/2 Jahr 1/1 Jahr

Abo-Beginn: Abo-Ende: 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

.....

.....

.....