Teilnahmebestätigung 2019

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

QualiCert
CERTIFIED QUALITY

Expresión Osman, dance & fitness

QualiCert 2019

Oberer Aareweg 35

CH - 3250 Lyss

Anbieter ID: **8419** **ZSR-Nummer:** **U286889**

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

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

O Fitness Personal Training, Seniorensport, TBC Functional Training, Zumba® Fitness, Zumba® Gold, Zumba® Kids/jr

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**

....