

Teilnahmebestätigung 2017



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

CrossFit Rapperswil-Jona

Schachenstrasse 87

CH - 8645 Jona

Anbieter ID:

8702

ZSR-Nummer:

C321889

QualiCert 2017

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

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

Fitness CrossFit

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

.....

.....