

# Teilnahmebestätigung 2025

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

## Pilates-Fit Monica Müller

Hüüsliwies 7

CH - 9556 Affeltrangen

Anbieter ID:

202808

ZSR-Nummer:

R173689

**Name der Krankenversicherung**

**Zusatzversicherung**

**Versichertennummer**

**Name des Versicherten**

**Vorname des Versicherten**

**Strasse**

**PLZ/Ort**

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

- Fitness                      Pilates
- Rückbildungsgymnastik      Rückbildungsgymnastik

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**