



## KURSBESTÄTIGUNG

### Informationen zur/zum Versicherten

Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
Versichertennummer \_\_\_\_\_  
Vorname / Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Informationen zum Leistungserbringer / zur Leistungserbringerin

Name	<b>Fachbereich</b>
Vorname	BGB Fitness
Strasse	BGB BirthCare®
PLZ / Ort	BGB SpineCare®
Telefon	BGB Tanz
E-Mail	Andere Bereiche
ZSR-Nr. (wenn vorhanden)	

### Informationen zum Angebot

(Z. B. GroupFitness, Gymnastik, Pilates, etc.)

### Name Bewegungscenter / Durchführungsort

PLZ / Ort

Abodauer/Gültigkeit

Abotyp  
(10er-Abo, Halbjahres-Abo, etc.)

Daten von

bis

Abopreis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannte versicherte Person regelmässig am Angebot teilgenommen hat und dass die Angaben in diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / der Leistungserbringerin

\_\_\_\_\_