

KURSBESTÄTIGUNG

Informationen zur/zum Versicherten

Versichertennummer _____
Vorname / Name _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____

Informationen zum Leistungserbringer / zur Leistungserbringerin

Name _____ Fachbereich _____
Vorname _____ BGB Fitness
Strasse _____ BGB BirthCare®
PLZ / Ort _____ BGB SpineCare®
Telefon _____
E-Mail _____
ZSR-Nr. (wenn vorhanden) _____

Informationen zum Angebot

BGB Fitness

BGB Osteofitness®
Pilates
Beckenbodentraining

BGB SpineCare®

Rückengymnastik
Rückenschule

BGB BirthCare®

Geburtsvorbereitung
Schwangerschafts-
gymnastik
Rückbildung
Stillberatung
Babymassage
Baby- und Kleinkinderschwimmen
Mutter- und Vater-Baby/Kinder-Turnen

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
