## Teilnahmebestätigung 2018



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

| Dick-Janine   |                                     |                                 |   |           |  |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|---|-----------|--|
| Mythenweg 11<br>CH - 8604 Volketsw                        |                                     | iCer                            | t 2018  |           |  |
| Anbieter ID:  | 1462                                | ZSR-Nummer:                     | J176889   |           |  |
| Name der Krankenversich                                   | nerung:                             |                                 |   |           |  |
| Zusatzversicherung:                                       |                                     |                                 |   |           |  |
| Versichertennummer:                                       |                                     |                                 |   |           |  |
| Name des Versicherten:                                    |                                     |                                 |   |           |  |
| Vorname des Versicherte                                   | n:                                  |                                 |   |           |  |
| Strasse:  |                                     |                                 |   |           |  |
| PLZ/Ort:  |                                     |                                 |   |           |  |
| Untenstehend den für die                                  | e Teilnahm                          | nebestätigung zutreffende       | en Zertifizierungsbereich ankreuzen                 | n!        |  |
| O Beckenbodengymnastik                                    | Beckenbodenkurs (nach BeBo-Konzept) |                                 |   |           |  |
| O Fitness   | Antara; St                          | ep&Tone Personal Training; M.A. | X.; Functional Training; Life Kinetik; Antara & Str | retch;    |  |
| O Geburtsvorbereitung                                     | Geburtsvo                           | orbereitung - Antara meets BeBo |   |           |  |
| D Rückbildungsgymnastik Rückbildung - Antara® meets BeBo® |                                     |                                 |   |           |  |
| Untenstehend die für die                                  | Beitragsfo                          | orderung zutreffende Art        | der Übereinkunft ankreuzen!                         |           |  |
| Dauerzugang:  |                                     | Terminzu                        | ıgang:  |           |  |
| ☐ Monats- / 10-er Abo                                     |                                     | Anzahl An                       | lässe:  |           |  |
| ■ 1/2 Jahr  |                                     |                                 |   |           |  |
| ■ 1/1 Jahr  |                                     |                                 |   |           |  |
| Jahre   |                                     |                                 |   |           |  |
|   |                                     |                                 | ster Anlass:  |           |  |
|   |                                     |                                 | zter Anlass:  |           |  |
| Preis: CHF / €  |                                     |                                 | Preis: CHF / €                                      |           |  |
|   |                                     |                                 | g / dem Zahlungsnachweis des ein                    |           |  |
| _   |                                     | _                               | des Gesundheitsförderungsbeitrag                    | es an die |  |
| zuständige Krankenversich                                 | nerung we                           | iterleiten.                     |   |           |  |
| Ort und Datum   |                                     |                                 |   |           |  |
| Unterschrift Anbieter                                     |                                     | Unters                          | Unterschrift Versicherter                           |           |  |
|   |                                     |                                 |   |           |  |