

Teilnahmebestätigung 2024

Dieses Formular ist für Pilateslehrer und Pilateslehrerinnen die von Pilatessuisse anerkannt sind und alle Qualitätsanforderungen erfüllen.



Name der Krankenkasse:
Zusatzversicherung:
Versichertennummer:

Vorname der versicherten Person:
Name der versicherten Person:
Strasse:
PLZ / Ort:

Hiermit bestätigen wir die Teilnahme der oben genannten Person an unseren Pilatetrainings gemäss den untenstehenden Angaben.

Pilates: Training in Kleingruppen

Pilates: Training in Privatstunden

Dauerzugang: Abos

- Monat/e
- 6 Monate
- 1 Jahr
- Jahre

Abo-Beginn:
Abo-Ende:
Preis: CHF

Terminzugang: Stunden, Kurse, Sitzungen

Anzahl Stunden:

Datum erste Stunde:
Datum letzte Stunde:
Preis: CHF

Ort und Datum

Unterschrift Anbieter:

Unterschrift Versicherter: