

## 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: