Teilnahmebestätigung 2018

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

QualiCert
CERTIFIED QUALITY

Reumer-Laura

Stallenrain 5&1

CH - 4104 Oberwil

QualiCert 2018

Anbieter ID: 2332 **ZSR-Nummer:** J201789

Name der Krankenversicherung: .....
Zusatzversicherung: .....
Versichertennummer: .....
Name des Versicherten: .....
Vorname des Versicherten: .....
Strasse: .....
PLZ/Ort: .....

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

O Fitness	Pilates & TRX; Pilates Mat; Pilates Allegro Reformer; TRX Suspension
O CSS-Pilates	Pilates Mat; Pilates Allegro Reformer;

Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

Dauerzugang:

- ❑ ..... Monats- / 10-er Abo
- ❑ 1/2 Jahr
- ❑ 1/1 Jahr
- ❑ ..... Jahre

Abo-Beginn: .....
Abo-Ende: .....
Preis: CHF / € .....

Terminzugang:

Anzahl Anlässe:.....

Datum erster Anlass: .....
Datum letzter Anlass: .....
Preis: CHF / € .....

Die Versicherten können dieses Formular mit der Quittung / dem Zahlungsnachweis des einbezahlten Abonnementbetrages / der Teilnahmegebühr zum Bezug des Gesundheitsförderungsbeitrages an die zuständige Krankenversicherung weiterleiten.

Ort und Datum .....

Unterschrift Anbieter

.....

Unterschrift Versicherter

.....

WELL BALANCE
Stallenrain 5
4104 Oberwil
wellbalance@vtxnet.ch