

Zertifikatsgültigkeit von 07.2026 - 07.2028

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

Yoga Bijou Wildegg
Bruggerstrasse 10
5103 Möriken AG

Anbieter ID: 194819

ZSR-Nummer: I693789

Versichertennummer:

Name des Versicherten:

Vorname des Versicherten:

Strasse:

PLZ/Ort:

Teilnahmebestätigung an folgendem Kurs:

Zertifizierungsbereich: Anbieter mit Standorte, Pilates, Yoga Kursnamen:

Untenstehend die für die Beitragsforderung

Zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

☐ Dauerzugang:

☐ Terminzugang: Datum Anzahl Anlässe:

☐ Monats- / 10-er Abo

☐ 1/2 Jahr ☐ 1/1 Jahr ☐

Abo-Beginn: Datum Abo-Ende: Datum 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

Datum

.....


.....