

# Teilnahmebestätigung 2018



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

**Hladnik-Sonja**

Winzerweg 13

CH - 8180 Bülach

**Anbieter ID:**

**1170**

**ZSR-Nummer:**

**S247489**

QualiCert 2018

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

## Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

- Aqua Training                      Aqua-Medical C; Aqua-Medical C / Eau-là-là; PWT / Aqua-Medical-Power C; Aqua-Sana; PWT / Aqua-Medical A/B; Aqua-Medical Power C;
- Fitness                                      Jumpfit ATL; Jumpfit Bellinetics Power; Jumpfit Bellinetics Move / Power

## Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

<b>Dauerzugang:</b>	<b>Terminzugang:</b>
<input type="checkbox"/> ..... Monats- / 10-er Abo	Anzahl Anlässe:.....
<input type="checkbox"/> 1/2 Jahr	
<input type="checkbox"/> 1/1 Jahr	
<input type="checkbox"/> ..... Jahre	
<b>Abo-Beginn:</b> .....	<b>Datum erster Anlass:</b> .....
<b>Abo-Ende:</b> .....	<b>Datum letzter Anlass:</b> .....
<b>Preis: CHF / €</b> .....	<b>Preis: CHF / €</b> .....

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**

.....