KURSBESTÄTIGUNG

Informationen zur/zum Versicherten

Krankenversicherung _____

Versichertennummer _____

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Informationen zum Leistungserbringer / zur Leistungserbringerin

Name	Araujo
Vorname	Alexander
Strasse	Tösstalstrasse 78
PLZ / Ort	8623 Wetzikon
Telefon	0796969899
E-Mail	info@strongfit.ch
ZSR-Nr. (wenn vorhanden)	

Fachbereich

- [x] BGB Fitness
- [ ] BGB BirthCare®
- [ ] BGB SpineCare®
- [ ] BGB Tanz
- [ ] Andere Bereiche

Informationen zum Angebot

(Z. B. GroupFitness, Gymnastik, Pilates, etc.)

Group Fitness

Name Bewegungscenter / Durchführungsort StrongFit

PLZ / Ort 8620 Wetzikon

Abodauer/Gültigkeit _____ Abotyp (10er-Abo, Halbjahres-Abo, etc.) _____

Daten von _____ bis _____ Abopreis _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannte versicherte Person regelmässig am Angebot teilgenommen hat und dass die Angaben in diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort, Datum

Wetzikon

Unterschrift des Leistungserbringers / der Leistungserbringerin

_____

Reset