

KURSBESTÄTIGUNG

Informationen zur/zum Versicherten

Versichertennummer _____

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Informationen zum Leistungserbringer / zur Leistungserbringerin

Name	Fachbereich
Vorname	BGB Fitness
Strasse	BGB BirthCare®
PLZ / Ort	BGB SpineCare®
Telefon	Andere Bereiche
E-Mail	
ZSR-Nr. (wenn vorhanden)	

Informationen zum Angebot

BGB Fitness	BGB BirthCare®	BGB SpineCare®	Andere Angebote
GroupFitness	Geburtsvorbereitung	Rückengymnastik	Yoga
Gymnastik	Schwangerschafts-gymnastik	Rückenschule	Massage
BGB Osteofitness®	Rückbildung		Personaltraining
Beckenbodentraining			
Pilates			
Walking/Nordic Walking			

Name Bewegungscenter / Durchführungsort

PLZ / Ort _____

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 _____ Unterschrift des Leistungserbringers / der Leistungserbringerin _____