

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	
E-Mail	
ZSR-Nr. (wenn vorhanden)	

Informationen zum Angebot

BGB Fitness

BGB Osteofitness®
 Pilates
 Beckenbodentraining

BGB SpineCare®

Rückengymnastik
 Rückenschule

BGB BirthCare®

Geburtsvorbereitung
 Schwangerschafts-
 gymnastik
 Rückbildung
 Stillberatung
 Babymassage
 Baby- und Kleinkinderschwimmen
 Mutter- und Vater-Baby/Kinder-Turnen

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
