

## 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

\_\_\_\_\_