



KURSBESTÄTIGUNG

Informationen zur/zum Versicherten

Krankenversicherung _____
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 | BGB Tanz |
| E-Mail | Andere Bereiche |
| ZSR-Nr. (wenn vorhanden) | |

Informationen zum Angebot

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

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
