

Kursbestätigung

Informationen zur/zum Versicherten

Krankenversicherung

Versichertennummer

Vorname / Name

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Informationen zum Leistungsbringer / 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 Leistungsbringer / Leistungsbringerin