



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-Abonnement, Halbjahres-Abonnement, 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
