

Kursbestätigung

Informationen zur/zum Versicherten

Krankenversicherung

Versichertennummer

Vorname / Name

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Informationen zum Leistungsbringer / zur Leistungserbringerin

Name **Bloch**

Vorname **Monika**

Strasse **Hofackerweg 2**

PLZ / Ort **4202 Duggingen**

Telefon **079 626 55 44**

E-Mail **monika.bloch@marve.ch**

ZSR-Nr. (wenn vorhanden) **S956789**

Fachbereich

BGB Fitness

BGB BirthCare

BGB SpineCare

BGB Tanz

Andere Bereiche

Informationen zum Angebot

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

.....

Name Bewegungscenter / Durchführungsort **Inout-fitness.ch**

PLZ / Ort **4202 Duggingen**

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