# Teilnahmebestätigung 2024

QualiCert
CERTIFIED QUALITY

**Dieses Formular ist nur für Anbieter gesundheitswirksamer Kurse und nicht für Anbieter von gerätegestütztem Kraft-/Herzkreislauftraining (=Fitnesscenter)!**


**Sabine Krippendorf (holistic fitness)**

Muristrasse 42

CH - 3006 Bern


QualiCert 2024

**Anbieter ID:** **210093** **ZSR-Nummer:** **Y862689**

**Name der Krankenversicherung** _____

**Zusatzversicherung** _____

**Versichertennummer** _____

**Name des Versicherten** _____

**Vorname des Versicherten** _____

**Strasse** _____

**PLZ/Ort** _____

**Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!**

| | | |
|---|---|---|
| O | Fitness | Bodyart functional Training, Holistic Fitness Retreat, Personal Training |
| O | Yoga | Anti-Stress Special, Yin Yoga |

**Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!**

**Dauerzugang:**

O___ Monats- / 10-er Abo
O1/2 Jahr
O1/1 Jahr
O___ Jahre

**Abo-Beginn** _____

**Abo-Ende** _____

**Preis CHF/€** _____

**Terminzugang:**

**Anzahl Anlässe** _____

**Datum erster Anlass** _____

**Datum letzter Anlass** _____

**Preis CHF/€** _____

Die Versicherten können dieses Formular mit der Quittung / dem Zahlungsnachweis des einbezahlten Abonnementbetrages / der Teilnahmegebühr zum Bezug des Gesundheitsförderungsbeitrages an die zuständige Krankenversicherung weiterleiten.

**Ort und Datum** _____

**Unterschrift Anbieter**

_____

**Unterschrift Versicherter**

_____