



# Teilnahmebestätigung für 01.2025 - 01.2027

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

Salgado Pat. EMS-Style Zürcherstrasse 16b 8852 Altendorf	Anbieter ID: 192577  ZSR-Nummer: R511289
--	--

Versichertennummer: .....

Name des Versicherten: .....

Vorname des Versicherten: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

## Teilnahmebestätigung an folgendem Kurs:

Zertifizierungsbereich: EMS-Training, Personal Training Kursnamen: .....

## Untenstehend die für die Beitragsforderung

*Zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!*

Dauerzugang: .....  Terminzugang: ..... Anzahl Anlässe: .....

..... Monats- / 10-er Abo  1/2 Jahr  1/1 Jahr  .....

Abo-Beginn: ..... Abo-Ende: ..... 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 .....