

## Kursbestätigung 2021

### 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 .....

**Wir bewegen Menschen.**