

# Teilnahmebestätigung 2020



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

**CF Zürichsee GmbH**

Seestrasse 91  
CH - 8810 Horgen

**Anbieter ID: 8500                      ZSR-Nummer: D322789**

QualiCert 2020

Name der Krankenversicherung: .....  
Zusatzversicherung: .....  
Versichertennummer: .....  
Name des Versicherten: .....  
Vorname des Versicherten: .....  
Strasse: .....  
PLZ/Ort: .....

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

Fitness                       CrossFit

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Dauerzugang:</b><br><input type="checkbox"/> ..... Monats- / 10-er Abo<br><input type="checkbox"/> 1/2 Jahr<br><input type="checkbox"/> 1/1 Jahr<br><input type="checkbox"/> ..... Jahre<br><b>Abo-Beginn:</b> .....<br><b>Abo-Ende:</b> .....<br><b>Preis: CHF / €</b> ..... | <b>Terminzugang:</b><br>Anzahl Anlässe:.....<br><br><b>Datum erster Anlass:</b> .....<br><b>Datum letzter Anlass:</b> .....<br><b>Preis: CHF / €</b> ..... |
|--|--|

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**

.....