

# Teilnahmebestätigung 2025

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

## Auszeit Yoga

Aarestrasse 29A

CH - 5102 Rapperswil

Anbieter ID:

209881

ZSR-Nummer:

S347289

**Name der Krankenversicherung**

**Zusatzversicherung**

**Versichertennummer**

**Name des Versicherten**

**Vorname des Versicherten**

**Strasse**

**PLZ/Ort**

Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

### Dauerzugang:

- \_\_\_ Monats- / 10-er Abo
- 1/2 Jahr
- 1/1 Jahr
- \_\_\_ 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**