

# Abonnementbestätigung für 2021

Fitness-Guide ist das Qualitätslabel der Fitness- und Bewegungsbranche (The Official Fitness Rating System).  
Zertifiziert durch einen unabhängigen Zertifizierer. [www.fitness-guide.ch](http://www.fitness-guide.ch).

Diese Abonnementsbestätigung darf nicht öffentlich zugänglich gemacht werden und muss durch den Kursanbieter ausgefüllt werden.  
Diese Abonnementsbestätigung darf erst dann ausgehändigt werden, wenn der Abonnementsvertrag mit dem Kunden unterzeichnet wurde und die Kurskosten beglichen worden sind.

## Kurs-Anbieter

Strongfit – Alexander Araujo  
Hofstrasse 94b  
8620 Wetzikon



ZSR-Nummer: A392389

## Informationen des Versicherten

Name der Krankenversicherung

Zusatzversicherung

Versichertennummer

Name/Vorname des Versicherten

Strasse

PLZ/Ort

## Anerkannte Kursangebote/Methoden

Ausdauertraining

Fit-Gym

Personaltraining

Bitte beachten Sie, welche Abonnementsvarianten von Ihrem Versicherer vergütet werden.

## Abonnementdauer

Monats-/10-er Abo

½ Jahr

1 Jahr

\_\_\_ Jahre

## Abonnementbeginn/-ende

Abonnementbeginn

Abonnementende

## Abonnementpreis

CHF

**Bitte leiten Sie diese Abonnementsbestätigung mit der Quittung Ihrer Zahlung an Ihre Krankenversicherung weiter. Bitte beachten Sie, dass Sie die entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben müssen, damit Ihre Krankenkasse einen Beitrag an die Kosten übernimmt. Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.fitness-guide.ch](http://www.fitness-guide.ch).**

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel  
Kurs-Anbieter

Unterschrift  
Versicherter

## 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 .....