

# Teilnahmebestätigung 2022



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

## Corepower Yvonne Rosenberg

Entfelderstrasse 4

CH - 5000 Aarau

Anbieter ID:

208184

ZSR-Nummer:

C103489

QualiCert 2022

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

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

- Fitness Aerial Hoop (\*Online/Outdoor/Indoor), Akrobatik (\*Online/Outdoor/Indoor), Core & Stretch (\*Online oder Outdoor), FeetUp Flow (\*Online oder Outdoor), fitdankbaby KIDS (\*Indoor/Outdoor/Online), fitdankbaby MINI/MAXI (\*Indoor/Outdoor/Online), fitdankbaby OUTDOOR (\*Region Aarau), fitdankbaby PRE (\*Online/Indoor/Outdoor), Fitness Power-Mix (\*Online/Indoor/Outdoor), Freestyle Outdoor Fitness, Kreatives Kindertanzen (\*Online/Indoor/Outdoor), M.A.X. & Stretch (\*Online/Outdoor/Indoor), Polefitness (\*Online/Indoor), Polesilk (\*Online/Outdoor/Indoor), Step & Tone (\*Online/Outdoor/Indoor), TRX (\*Online/Outdoor/Indoor)
- Rückbildungsgymnastik fitdankbaby Rückbildung (\*Online/Indoor/Outdoor), Fit-RB Workout, Rückbildung nach BeBo, Rückbildungsgymnastik, Rückbildungsturnen

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

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

.....

