

## Abonnementbestätigung für 04.2023 - 04.2026

**BEO FIT GMBH**  
MARKTGASSE 13  
CH-3800 INTERLAKEN

Anbieter ID: 192671  
ZSR-Nummer: V568389

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

### Untenstehend die für die Abonnementbestätigung zutreffenden Punkte ankreuzen!

- Kraft- und Ausdauertraining  
 Krafttraining  
 Ausdauertraining

### Untenstehend die für die Beitragsforderung

Zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dauerzugang  | <input type="checkbox"/> MONATS ABO   |
| <input type="checkbox"/> Terminzugang | <input type="checkbox"/> 1/2 Jahr ABO |
| <input type="checkbox"/> 10-er Abo    | <input type="checkbox"/> 1 Jahres ABO |

Abo-Beginn: \_\_\_\_\_ Abo-Ende: \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_