

Abonnementbestätigung für 04.2023 - 04.2026

BeoFit GmbH
Marktgasse 13
3800 Interlaken

Anbieter ID: 192671

ZSR-Nummer: N000000

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
- Gruppenfitness (ohne Kampfsport)
- Sauna und/oder Bad (nur SWICA Kunden)
- Saunaverbund

Untenstehend die für die Beitragsforderung

Zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

- Dauerzugang: Terminzugang: Anzahl Anlässe:
- Monats- / 10-er Abo 1/2 Jahr 1/1 Jahr

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

.....