

Abonnementbestätigung für 07.2021 - 06.2024

CrossFit Bern GmbH
Wylerringstrasse 36b
3014 Bern

Anbieter ID: 191214

ZSR-Nummer: F901989

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: