



Abonnementbestätigung für 06.2024 - 06.2027

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