

# Abonnementbestätigung für 2019



**topfit-swiss.ch**

Luzernerstrasse 33

5643 Sins

Center ID:

**1124**

ZSR-Nummer:

**H326389**

QualiCert 2019

Name der Krankenversicherung: .....

Zusatzversicherung: .....

Versichertennummer: .....

Name des Versicherten: .....

Vorname des Versicherten: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

**Abonnementtyp**

- Kraft- und Ausdauertraining
- Krafttraining
- Ausdauertraining
- Gruppenfitness (ohne Kampfsport)
- Kombi-Abo
- inkl. Sauna und/oder Bad (nur SWICA Kunden)

**Abonnementdauer**

- ..... Monats- / 10-er Abo
- 1/2 Jahr
- 1/1 Jahr
- ..... Jahre

**Abonnementbeginn** .....

**Abonnementende** .....

**Abonnementpreis CHF** .....

Die Versicherten können dieses Formular mit der Quittung des einbezahlten Abonnementbetrages und der Vertragskopie zum Bezug des Gesundheitsförderungsbeitrages an die zuständige Krankenversicherung weiterleiten.

**Ort und Datum** .....

**Stempel und Unterschrift Center**

**Unterschrift Versicherter**

.....