

## KURSBESTÄTIGUNG

### Informationen zur/zum Versicherten

Versichertennummer \_\_\_\_\_  
Vorname / Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Informationen zum Leistungserbringer / zur Leistungserbringerin

Name	Fachbereich
Vorname	BGB Fitness
Strasse	BGB BirthCare®
PLZ / Ort	BGB SpineCare®
Telefon	Andere Bereiche
E-Mail	
ZSR-Nr. (wenn vorhanden)	

### Informationen zum Angebot

#### BGB Fitness

BGB Osteofitness®  
Pilates  
Beckenbodentraining

#### Aktive Entspannung

Yoga

#### BGB SpineCare®

Rückengymnastik  
Rückenschule

#### BGB BirthCare®

Geburtsvorbereitung  
Schwangerschafts-  
gymnastik  
Rückbildung  
Stillberatung  
Babymassage  
Baby- und Kleinkinderschwimmen  
Mutter- und Vater-Baby/Kinder-Turnen

### Name Bewegungscenter / Durchführungsort

PLZ / Ort

Abodauer/Gültigkeit

Abotyp

(10er-Abo, Halbjahres-Abo, etc.)

Daten von

bis

Abopreis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannte versicherte Person regelmässig am Angebot teilgenommen hat und dass die Angaben in diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / der Leistungserbringerin