

# Teilnahmebestätigung 2018



Dieses Formular ist nur für Anbieter gesundheitswirksamer Kurse und nicht für Anbieter von gerätegestütztem Kraft-/Herzkreislauftraining (= Fitnesscenter)!

## Akademischer Sportverband Zürich

Winterthurerstrasse 190

CH - 8057 Zürich

Anbieter ID: 4017

ZSR-Nummer: D128389

QualiCert 2018

Name der Krankenversicherung: .....  
Zusatzversicherung: .....  
Versichertennummer: .....  
Name des Versicherten: .....  
Vorname des Versicherten: .....  
Strasse: .....  
PLZ/Ort: .....

### Untenstehend den für die Teilnahmebestätigung zutreffenden Zertifizierungsbereich ankreuzen!

- Alexander Technik                      Alexander F.M. Technik
- Aqua Training                              Schwimmen; Aqua Fitness
- Autogenes Training                        Autogenes Training
- Feldenkrais
- Fitness                                        Step Aerobic; Bodyforming; Body Combat; Muscle Pump; T-Bow; Konditionstraining; Circuit Training; Cardio Circuit; Cross Fit; Skilanglauf; Rowing Class; Rudern; Cyclingclass; Velo; Mountainbike; Inline Skating; Klettern; Pilates; Funktionelles Outdoortraining; Tone & Stretch; Dance Aerobic; Running; TRX; Bodyfit 50plus; BodyBalance; Natural Approach; Zumba
- Nordic Walking
- CSS-Pilates                                 Pilates
- Rückengymnastik                         Rückenfit
- Yoga    Yoga, Power Yoga, Aerial Yoga

### Untenstehend die für die Beitragsforderung zutreffende Art der Übereinkunft ankreuzen!

<b>Dauerzugang:</b>	<b>Terminzugang:</b>
<input type="checkbox"/> ..... Monats- / 10-er Abo	Anzahl Anlässe:.....
<input type="checkbox"/> 1/2 Jahr	
<input type="checkbox"/> 1/1 Jahr	
<input type="checkbox"/> ..... Jahre	
<b>Abo-Beginn:</b> .....	<b>Datum erster Anlass:</b> .....
<b>Abo-Ende:</b> .....	<b>Datum letzter Anlass:</b> .....
<b>Preis: CHF / €</b> .....	<b>Preis: CHF / €</b> .....

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

.....