

Zertifikatsgültigkeit von 05.2026 - 05.2028

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

SYPOBA GmbH
Schachenstrasse 82
8645 Jona

Anbieter ID: 194808

ZSR-Nummer: H749589

Versichertennummer:
Name des Versicherten:
Vorname des Versicherten:
Strasse:
PLZ/Ort:

Teilnahmebestätigung an folgendem Kurs:

Zertifizierungsbereich: Methodenanbieter ohne Standort, Personal Training, Rückengymnastik
Kursnamen:

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

.....


.....