

## Teilnahmebestätigung für 11.2023 - 11.2025

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

ZO Athletics GmbH  
Speckstrasse 17a  
8330 Pfäffikon ZH

Anbieter ID: 192583

ZSR-Nummer: Q897989

Versichertennummer: .....

Name des Versicherten: .....

Vorname des Versicherten: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

### Teilnahmebestätigung an folgendem Kurs:

Zertifizierungsbereich: **Fitnesskurse** ..... Kursnamen: **CrossFit** .....

### 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

.....

.....

.....