Teilnahmebestätigung 2022



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

| Life inspired v | alues AG | / LIV lab | | | |
|-----------------------------------|--------------|----------------|-------------------------------------|--|--|
| Sempacherstrasse CH - 6003 Luzern | al | CE | ert | 2022 | |
| Anbieter ID: | 208354 | ZSR-Numr | mer: | X608389 | |
| Name der Krankenversich | nerung: | | | | |
| Zusatzversicherung: | | | | | |
| Versichertennummer: | | | | | |
| Name des Versicherten: | | | | | |
| Vorname des Versicherte | n: | | | | |
| Strasse: | | ••••• | | | |
| PLZ/Ort: | | | ••••• | | |
| | | | | tifizierungsbereich ankreuzen! | |
| O Yoga | | | - | ing Kick, Restorative Morning Flow, Rise & Smile, Family, Yin Yang Restorative, Yin Yang Yoga, Yoga Ope | |
| Untenstehend die für die | Beitragsford | lerung zutreff | ende Art der Ü | bereinkunft ankreuzen! | |
| Dauerzugang: | | | Terminzugang: | | |
| Monats- / 10-er Abo | | | Anzahl Anlässe: | | |
| ☐ 1/2 Jahr | | | | | |
| ☐ 1/1 Jahr | | | | | |
| Jahre | | | Datum anatan Am | lass. | |
| | | | Datum erster An Datum letzter Ar | | |
| Preis: CHF / € | | | Preis: CHF / € | | |
| | | | _ | em Zahlungsnachweis des einbezahlten | |
| | | | | Gesundheitsförderungsbeitrages an die | |
| zuständige Krankenversich | | _ | J | S S | |
| Ort und Datum | | | | | |
| Unterschrift Anbieter | | | Unterschrift Versicherter | | |
| | | | | | |