

Gesundheitsförderung / Präventions-Training 2017

Dieses Formular bestätigt, dass die versicherte Person ein gesundheitsförderndes Training bei einem PilatesCare Anbieter besucht hat.

Anbieter		PilatesCare Mitglieder-Nr. 10361	
Name	<u>Seger</u>	ZSR-Nummer	_____
Vorname	<u>Rebekka</u>	K-Nummer	<u>014286K</u>
Praxis	<u>Physiotherapie Schüpfen</u>	EMfit-Nummer	_____
Adresse	<u>Dorfstrasse 1</u>		
PLZ/Ort	<u>3054 Schüpfen</u>		
Tel.	<u>031 879 06 77</u>		
E-Mail	<u>info@pt-s.ch</u>		

Kurs PilatesCare Training	
<input type="checkbox"/> 10er-Abo <input type="checkbox"/> 3-Monats-Abo <input type="checkbox"/> 6-Monats-Abo	
Abo-Beginn:	_____ Abo-Ende: _____
Preis: CHF	_____
Für die Qualitätskontrolle kann sich die Krankenkasse bei PilatesCare erkundigen, ob der oben erwähnte Anbieter die Voraussetzung als PilatesCare REHA-TrainerIn erfüllt. www.pilatescare.ch / info@pilatescare.ch	

Versicherte Person	
Name der Krankenkasse	_____
Zusatzversicherung	_____
Versicherungs-Nummer	_____
Name	_____
Vorname	_____
Adresse	_____
PLZ/Ort	_____
E-Mail	_____

Ort und Datum: _____

Unterschrift Anbieter

Unterschrift versicherte Person
