Abonnementbestätigung für 2020

QualiCert
CERTIFIED QUALITY

Salus Training

Storchengass 6

8805 Richterswil

QualiCert 2020

Center ID: **1731** **ZSR-Nummer:** **E776389**

Name der Krankenversicherung: .....

Zusatzversicherung: .....

Versichertennummer: .....

Name des Versicherten: .....

Vorname des Versicherten: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Abonnementtyp

- ❑ Kraft- und Ausdauertraining
- ❑ Krafttraining
- ❑ Ausdauertraining
- ❑ Gruppenfitness (ohne Kampfsport)
- ❑ Kombi-Abo
- ❑ inkl. Sauna und/oder Bad (nur SWICA Kunden)

Abonnementdauer

- ❑ ..... Monats- / 10-er Abo
- ❑ 1/2 Jahr
- ❑ 1/1 Jahr
- ❑ ..... Jahre

Abonnementbeginn ..... **Abonnementende** .....

Abonnementpreis CHF .....

Die Versicherten können dieses Formular mit der Quittung des einbezahlten Abonnementbetrages und der Vertragskopie zum Bezug des Gesundheitsförderungsbeitrages an die zuständige Krankenversicherung weiterleiten.

Ort und Datum .....

Stempel und Unterschrift Center **Unterschrift Versicherter**

....