

# Abonnementbestätigung für 2016



## Acropolis Fitness & Wellness GmbH

Zentralstrasse 30a

5610 Wohlen AG

Center ID:

1

ZSR-Nummer

D 0152.89

Qualitop 2016

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 Fitnesscenter

Unterschrift Versicherter

.....