

Confirmation de participation 2019

Ce formulaire n'est que pour des prestataires de cours et ne point pour des prestataires d'entraînement cardiovasculaire ou musculation avec appareils (= Centre Fitness)!



Hop Santé Sàrl

Av. Gérard Clerc 5

CH - 1680 Romont FR

Réf. fournisseur: 8831

Numéro RCC:

T391289

QualiCert 2019

Nom de l'assurance maladie:

Assurance complémentaire:

Numéro d'assuré:

Nom de l'assuré:

Prénom de l'assuré:

Rue:

CP/Lieu:

Veillez cocher, ci-dessous, le domaine de certification relatif à la confirmation de participation:

Fitness Hop Santé

Veillez cocher, ci-dessous, le type de service relatif à la demande de contribution:

Accès libre:

- mois- / carte à 10 entrées
- 1/2 année
- 1/1 année
- ans

Début d'abo.:

Fin d'abo.:

Prix: CHF / €

Accès sur rendez-vous:

Nombre de séances:.....

Date 1ère séance:

Date dernière séance:

Prix: CHF / €

Pour obtenir la contribution à la promotion de la santé, les assurés doivent transmettre ce formulaire à leur assurance maladie, avec le récépissé / la preuve de paiement du montant de l'abonnement / des frais de participation.

Lieu et date.....

Signature du fournisseur

Signature de l'assuré

.....