

# Confirmation de participation 2020

Ce formulaire n'est que pour des prestataires de cours et non pas pour des prestataires d'entraînement cardiovasculaire ou musculation avec appareil (=centre fitness)!



## Hop Santé Sàrl

Av. Gérard Clerc 5

CH - 1680 Romont FR

Réf. fournisseur: 8831

Numéro RCC:

T391289

QualiCert 2020

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 récépissé / la preuve de paiement du montant de l'abonnement / des frais de participation.

Lieu et date.....

Signature du fournisseur

Signature de l'assuré

.....