

Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio/Verein

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles 

Name des Anbieters: _____

1. Halbjahr 1.1. - 30.6.

--	--	--	--	--

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Vorname Nachname (Teilnehmer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

Stempel & Unterschrift

Aktive Mitgliedschaft im Fitnessstudio/Verein

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles 

Name des Anbieters: _____

2. Halbjahr 1.7. - 31.12.

--	--	--	--	--

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Vorname Nachname (Teilnehmer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

Stempel & Unterschrift

Gesundheitsfördernde Kurse

Bitte vollständig ausfüllen!

healthmiles 

Name des Anbieters: _____

Start:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ende:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anzahl Kurseinheiten:

--	--	--

Zertifizierte Kurse nach § 20 SGB V

Andere Gesundheitskurse

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Vorname Nachname (Teilnehmer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. Auszug siehe Rückseite. →

Stempel & Unterschrift

Meine Maßnahme/Aktivität

Bitte vollständig ausfüllen!



Name des Anbieters: _____

Bezeichnung der Maßnahme/Aktivität: _____

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. **Auszug siehe Rückseite.** →

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

| T | T | | M | M | | J | J | J | J | |
Datum

Stempel & Unterschrift

Meine Maßnahme/Aktivität

Bitte vollständig ausfüllen!



Name des Anbieters: _____

Bezeichnung der Maßnahme/Aktivität: _____

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. **Auszug siehe Rückseite.** →

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

| T | T | | M | M | | J | J | J | J | |
Datum

Stempel & Unterschrift

Gesundheitsfördernde Kurse

Bitte vollständig ausfüllen!



Name des Anbieters: _____

Start: | T | T | | M | M | | J | J | J | J | |

Ende: | T | T | | M | M | | J | J | J | J | |

Anzahl Kurseinheiten: | | |

Vorname Nachname (Teilnehmer)

Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Ausführungsbestimmungen des Bonusprogrammes HealthMiles in der jeweils aktuellen Fassung an. **Auszug siehe Rückseite.** →

- Zertifizierte Kurse nach § 20 SGB V
- Andere Gesundheitskurse

Hier vom Anbieter bestätigen lassen.

| T | T | | M | M | | J | J | J | J | |
Datum

Stempel & Unterschrift