

Confirmation de participation 2023



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

Rue des Comtes 1

CH - 1680 Romont FR

Réf. fournisseur:

208831

Numéro RCC:

T391289

Nom de l'assurance maladie

Assurance complémentaire

Numéro d'assuré

Nom de l'assuré

Prénom de l'assuré

Rue

CP/Lieu

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

Fitness

Hop Santé

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

Accès libre:

mois- / carte à 10 entrées

01/2 année

01/1 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