



BIO SEEHOTEL **PANORAMA SPA**
ZEULENRODA ZEULENRODA

**TEILNAHMEBESCHEINIGUNG ZUR VORLAGE BEI DER KRANKENKASSE
FÜR INDIVIDUELLE MAßNAHMEN DER PRIMÄREN PRÄVENTION NACH §20 ABS. 1 SGB V**

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Versichertennummer

hat vom _____ bis zum _____

an folgender Maßnahme teilgenommen: _____

Kursleiter: _____

Kursumfang: _____

Die Teilnahmegebühr in Höhe von: _____
wurde entrichtet.

Zeulenroda-Triebes, den _____ Stempel, Unterschrift _____

Für Rückerstattung der anteiligen Kursgebühr:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Bank: _____



DE-ÖKO-060