

BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt _____ Person(en)

verbindliche Alternative (falls ausgebucht)

*Angebots-Nr. (z. B. WA GaP 01) _____ 1 Kurs 2 Kurse

_____ 1 Kurs 2 Kurse

Ort (z. B. Garmisch-Partenkirchen) _____

*Gewünschte Kategorie (z. B. 2) _____

Zeitraum (TT. MM. – TT. MM. JJ) _____

*Ich benötige: _____ Einzelzimmer _____ Doppelzimmer _____ Ferienwohnung(en) _____ Wohnmobilstellplatz

Besonderheiten _____

z. B. Allergiker / Zimmerwunsch

Gewünschtes Hotel / Pension / gewünschte Fewo (sofern frei) _____

Person 1 (verantwortlich für die Anmeldung)

*Name, Vorname _____

*Geburtsdatum _____

*Straße _____

*PLZ, Wohnort _____

*Telefon (privat/dienstlich) _____

E-Mail _____

*Krankenkasse _____

*Versicherten Nr. _____

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post

Ich bin Selbstzahler

Sollten mehr als 2 Personen angemeldet werden, bitte separaten Antrag ausfüllen!

Person 2

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon (privat/dienstlich) _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Versicherten Nr. _____

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post

Ich bin Selbstzahler

* (bitte ankreuzen) Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen Well-Aktiv-Kataloges „Das sollten Sie wissen“) an.

Ich bin damit einverstanden, dass der Anmelde-Coupon mit meinen Daten an die Gesundheitsservice Management GSM GmbH der Betriebskrankenkassen bzw. an die Leistungsanbieter weitergeleitet wird. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich aus beruflichen oder privaten Gründen (z. B. unregelmäßige Arbeitszeiten, hohe zeitliche familiäre Belastung) an mehrwöchigen wohnortnahen Maßnahmen zur Primärprävention nicht teilnehmen kann. Bitte beachten Sie, dass ein Vertrag zwischen Teilnehmer und Well-Aktiv-Ort/Unterkunft entsteht.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten (verantwortlich für die Anmeldung) _____

* Zu allen so gekennzeichneten Pflichtfeldern benötigen wir Ihre Angaben, um diese Well-Aktiv-Anmeldung bearbeiten zu können.

KOSTENZUSAGE DER KRANKENKASSE (Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)

Zuschusshöhe _____ Zuschusshöhe _____
Person 1 _____ € Person 2 _____ €

Stempel, Datum,

Unterschrift der Krankenkasse _____