



WELL-AKTIV

Anmelde-Coupon und Kostenzusicherung

(Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre BKK.)

Angebots-Nr. (z. B. WA Wi 01) verbindliche Alternative (falls ausgebucht)

Ort (z. B. Willingen)

Gewünschte Kategorie (z. B. 2)

Zeitraum (TT. MM. – TT. MM. JJ)

Ich benötige: Einzelzimmer Doppelzimmer Ferienwohnung

Gewünschtes Hotel / gewünschte Pension (sofern frei)

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Wohnort

Telefon (privat) Telefon (dienstlich)

E-Mail-Adresse Krankenkasse

Mit mir wird/werden folgende Person(en) am Well-Aktiv-Programm teilnehmen:

1. Name, Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	Krankenkasse <input type="text"/>
2. Name, Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	Krankenkasse <input type="text"/>
3. Name, Vorname <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	Krankenkasse <input type="text"/>

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen des Well-Aktiv-Programms vom Gesundheitservice bzw. den Kurorten verarbeitet werden. 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. Weiterhin erkenne ich die allgemeinen Bedingungen „Das sollten Sie wissen“ (letzte Kataloginnenseite) an.

Datum Unterschrift des Versicherten

Kostenzusicherung der BKK (wird von der BKK ausgefüllt)

absolvierte Kurse/Themenschwerpunkte
2011

1. Name, Vorname <input type="text"/>	Vers.-Nr. <input type="text"/>	in Höhe von € <input type="text"/>	1. <input type="text"/>
			2. <input type="text"/>
2. Name, Vorname <input type="text"/>	Vers.-Nr. <input type="text"/>	in Höhe von € <input type="text"/>	1. <input type="text"/>
			2. <input type="text"/>
3. Name, Vorname <input type="text"/>	Vers.-Nr. <input type="text"/>	in Höhe von € <input type="text"/>	1. <input type="text"/>
			2. <input type="text"/>
4. Name, Vorname <input type="text"/>	Vers.-Nr. <input type="text"/>	in Höhe von € <input type="text"/>	1. <input type="text"/>
			2. <input type="text"/>

Stempel, Datum, Unterschrift der BKK

Bitte in Druckschrift ausfüllen!