

Confirmation de participation 2020

Ce formulaire est destiné aux professeurs de Pilates qui sont reconnus par Pilatessuisse et qui répondent à toutes les exigences de qualité.



Nom de la compagnie d'assurance maladie:

Assurance complémentaire:

Numéro d'assuré:

Prénom de la personne assurée:

Nom de la personne assurée:

Rue:

Code postal / Ville:

Par la présente, nous confirmons la participation de la personne susmentionnée à nos cours de Pilates selon les informations ci-dessous.

- Pilates: Formation en petits groupes Pilates: Formation en cours particuliers

Accès permanent : Abonnements

- Mois(s)
- 6 Mois
- 1 an
- ans

Début de l'abonnement:

Fin de l'abonnement:

Prix: CHF

Date d'accès : heures, cours, réunions

- Nombre d'heures:

Date de première heure:

Date de la dernière heure:

Prix: CHF

Lieu et date:

Fournisseur de signature:

Signature de la personne assurée :

.....

.....