



**Rehabilitationssport in Herzsportgruppen**

Angebotsnummer: **1015-**

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Träger: KrKs / RV / Selbstz.

Versicherten-Nummer

**Teilnahmebestätigung**

**Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren!**

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Art	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Nr.	Art	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Ich bin damit einverstanden, dass bei fehlender Verordnung die durch mich selbst zu zahlende Vergütung von meinem Ihnen bekannten Konto eingezogen wird.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Teilnehmers)

**Bestätigung des/der Übungsleiters/in**

Ich bestätige, dass der/die Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der Übungsleiters/in

