



AKTIVWOCHE

Anmelde-Coupon und Kostenzusicherung (Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre BKK.)

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt Personen

Angebots-Nr. (z. B. Wi 13)	<input type="text"/>	verbindliche Alternative (falls ausgebucht)	<input type="text"/>
Themenschwerpunkt	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ort (z. B. Willingen)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Gewünschte Kategorie (z. B. 2)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Zeitraum (TT. MM. – TT. MM. JJ)	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Ich benötige: Einzelzimmer Doppelzimmer Ferienwohnung(en)

Gewünschtes Hotel / gewünschte Pension (sofern frei)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Telefon (dienstlich)	<input type="text"/>
Telefon (privat)	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		

Mit mir wird/werden folgende Person(en) an der BKK Aktivwoche teilnehmen:

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

Hiermit erkenne ich die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen BKK Aktivwochen-Kataloges) an. Ich bin damit einverstanden, dass die notwendigen Unterlagen an den Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen bzw. an die Kurbetriebe weitergeleitet 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.

Datum Unterschrift des Versicherten

Kostenzusage der BKK (Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)

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!