

# Confirmation de participation 2025

**QualiCert**  
CERTIFIED QUALITY

Ce formulaire n'est que pour des prestataires de cours et non pas pour des prestataires d'entraînement cardiovasculaire ou musculation avec appareil (=centre fitness)!

## CrossFit Antidote

Place de la Gare 9

CH - 1296 Coppet

Réf. fournisseur:

210327

Numéro RCC:

B506989

Nom de l'assurance maladie

Assurance complémentaire

Numéro d'assuré

Nom de l'assuré

Prénom de l'assuré

Rue

CP/Lieu

**Veillez cocher, ci-dessous, le domaine de certification relatif à la confirmation de participation:**

Fitness

Crossfit

**Veillez cocher, ci-dessous, le type de service relatif à la demande de contribution:**

**Accès libre:**

mois- / carte à 10 entrées

01/2 année

01/1 année

ans

**Début d'abo.**

**Fin d'abo.**

**Prix CHF/€**

**Accès sur rendez-vous:**

**Nombre de séances**

**Date 1ère séance**

**Date dernière séance**

**Prix CHF/€**

Pour obtenir la contribution à la promotion de la santé, les assurés doivent transmettre ce formulaire à leur assurance maladie, avec récépissé / la preuve de paiement du montant de l'abonnement / des frais de participation.

**Lieu et date**

**Signature du fournisseur**

M. Mazur



**Signature de l'assuré**

