

■ ANMELDE-COUPON UND KOSTENZUSICHERUNG

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt _____ Personen.

Bitte wählen Sie ein Angebot aus: MediClin Rose Klinik Horn-Bad Meinberg Gesundheits-Zentrum Saarschleife Mettlach-Orscholz

Ich benötige _____ (Anzahl) Einzelzimmer _____ (Anzahl) Doppelzimmer

Wunschtermin: So., den: _____ bis Sa., den: _____ **Ausweichtermin:** So., den: _____ bis Sa., den: _____

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
Telefon privat	Telefon, tagsüber erreichbar

Mit mir werden folgende Personen an der Energiewoche teilnehmen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	BKK Dr. Oetker versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname	Geburtsdatum	BKK Dr. Oetker versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname	Geburtsdatum	BKK Dr. Oetker versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hiermit erkenne ich die allgemeinen Bedingungen an. Ich bin damit einverstanden, dass die notwendigen Unterlagen an den Anbieter weitergeleitet werden.

Datum, Unterschrift des/der Versicherten

■ KOSTENZUSAGE DER KRANKENKASSE (Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)

Wir übernehmen die Kosten des nachgewiesenen Gesundheitsprogramms für:

Name, Vorname, Versichertennummer	in Höhe von	€
Name, Vorname, Versichertennummer	in Höhe von	€
Name, Vorname, Versichertennummer	in Höhe von	€
Name, Vorname, Versichertennummer	in Höhe von	€

Datum, Stempel, Unterschrift des Kostenträgers