

# Confirmation de participation 2025



**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 Lausanne - Your Body - Your Capital Sàrl**

Entrebois 21

CH - 1018 Lausanne

Réf. fournisseur: 209577

## Numéro RCC:

L488789

## Nom de l'assurance maladie

## Assurance complémentaire

## Numéro d'assuré

**Nom de l'assuré**

## Prénom de l'assuré

---

Rue

---

## CP/Lieu

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

## ○ Fitness CrossFit

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

## Accès libre:

○ mois- / carte à 10 entrées

o    1/2 année

Q 1/1 année

o ans

## Début d'abo.

Fin d'abo.

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

### Signature de l'assuré