



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

CORONA GUTHABEN (wird Tag genau berechnet)

Sie haben die Möglichkeit zu entscheiden zwischen....

- einem Wertgutschein (nicht anwendbar auf medizinische Produkte)
- einem Guthaben zum abtrainieren
- einer Rücküberweisung
- dem Verzicht auf das Guthaben.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis, dass die Bearbeitung derzeit etwas mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Vielen Dank im Voraus.
Euer Gesundheitszentrum Chiemgau

Datum: _____ Unterschrift: _____