

ANTRAG ZUR TEIL-RÜCKERSTATTUNG DER KOSTEN SPORTMEDIZINISCHER CHECK UP SYS

Ich habe einen Sportmedizinischen Check UP gemäss Vorgaben 'Medizinische Betreuung SYS' absolviert und möchte eine Teil-Rückerstattung bei Swiss Ice Skating / Kommission Synchronized Skating einfordern.

Maximaler Unterstützung:

- Elite Nationalkader + Elite Kader: max. 200 SFR. alle 2 Jahre
- Junioren Nationalkader/Nationalteam: max. 200 SFR einmal im Junioren Alter

Persönliche Angaben:

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ / Ort	
Mobile	
E-Mail	

- ☐ Dies ist mein 1. Antrag für eine Teil-Rückerstattung
☐ Mein letzter Antrag war am:

Ich habe die den Sportmedizinischen Check UP bei folgendem Arzt/folgender Ärztin absolviert:

Klink / Praxis	
Name Arzt	
Strasse	
PLZ / Ort	
Datum des Check UP	

Folgende Dokumente liegen bei (Pflicht):

- ☐ Rechnung Arzt
☐ Eignungsbescheinigung von Dr. W. O. Frey

Bankangaben zur Überweisung des Beitrages:

Name Kontoinhaber	
Wohnort Kontoinhaber	
IBAN-Nr.	
Bank	
Ort der Bank	

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte den Antrag mit den oben aufgeführten Dokumenten an folgende Adresse einsenden:
monika.groux@swissiceskating.ch

Leer lassen:
Antrag geprüft und zur
zur Auszahlung freigegeben: