

Formulario de Verificación de Miembro del Gimnasio

Escriba su nombre completo más abajo y luego pida en el gimnasio que completen el resto del formulario. Envíe este formulario junto con la Solicitud de Reembolso/Bitácora de ExerciseRewards® y comprobante de pago a:

ExerciseRewards, P.O. Box 509117, San Diego, CA 92150-9117

Por favor, tenga en cuenta que podrían pedirle una copia de su contrato del gimnasio. Si no presenta este formulario completado con toda la información requerida, se le podría negar el reembolso.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de nacimiento _____ Identificación del Plan de Seguro Médico _____

Fitness Facility Information

Facility Name _____

Facility Address (Number, Street, Suite) _____

City _____ County _____

State _____ ZIP+4 _____ - _____

Type of Arrangement

- Fitness Facility Agreement
 Signed Application
 Other - Please Explain _____

Membership

- Individual membership Family membership - If family membership, list names below

Membership Term

Amount Paid for Membership \$ _____

- Month-to-Month Start Date _____ End Date _____
 Annual Membership Start Date _____ End Date _____
 Other _____ Start Date _____ End Date _____

Fitness Facility Attestation:

I, _____ (fitness facility representative name), confirm that as part of the membership agreement/arrangement with the member listed above, member has accepted liability and risk for use of the fitness facility.

Fitness facility representative signature _____

Date _____