

# GESUNDE VIELFALT



## Teilnahmebestätigung

Hiermit wird die Teilnahme an folgendem Kurs/Angebot zur Anrechnung im Health Bonus Program von Globalfoundries bestätigt.

_____ Teilnehmer*in:                      Name    Vorname		
_____ Health Bonus Program-ID* Teilnehmer*in: <small>*4-stellige Nummer siehe Rückseite HBP Card oben links</small>		
_____ Kurs/Aktion/Angebot:		
_____ Datum/Laufzeit/Angebot:		
_____ Unternehmen/Anbieter:		

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Unternehmen

Geprüft durch Health Center:



GLOBALFOUNDRIES®