



Anmeldeformular

| | |
|-------------|---------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ: Ort: |
| Zivilstand: | Geburtsdatum: |
| Heimatort: | AHV-Nr.: |
| Telefon: | Konfession: |

Angehörige nach Priorität

| | |
|----------|---------------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ: Ort: |
| Tel.: | Mobil: |
| E-Mail: | Verwandschaftsgrad: |
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ: Ort: |
| Tel.: | Mobil: |
| E-Mail: | Verwandschaftsgrad: |
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ: Ort: |
| Tel.: | Mobil: |
| E-Mail: | Verwandschaftsgrad: |
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ: Ort: |
| Tel.: | Mobil: |
| E-Mail: | Verwandschaftsgrad: |

Krankenkasse

| | | |
|------------|-------|-------|
| Name: | Str.: | Tel.: |
| PLZ: | Ort: | |
| Vers. Nr.: | | |

Hausarzt

| | |
|----------------|----------|
| Name: | Strasse: |
| PLZ: Ort: | Tel.: |

Zahnarzt

| | |
|----------------|----------|
| Name: | Strasse: |
| PLZ: Ort: | Tel.: |

Rechnungsempfänger

| | |
|----------|---------------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ: Ort: |
| Tel.: | Mobil: |
| E-Mail: | Verwandschaftsgrad: |

Beistand

Vormund

| | |
|----------|----------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ: Ort: |
| Tel.: | Mobil: |
| E-Mail: | |

Anmeldung:

vorsorglich

definitiv

Ferien

Gewünschter Eintrittstermin ca.: _____

Gewünschte Anschlüsse:

Telefonanschluss über das Haus (Fr. 30.00 pro Monat)

Fernsehanschluss über das Haus (Fr. 30.00 pro Monat)

Wünsche und Anregungen:

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____