

Anmeldeformular

Herzlich Willkommen im Alterszentrum Sunnmatte in Kölliken

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Langzeit Eintritt | <input type="checkbox"/> Kurzzeit Eintritt | <input type="checkbox"/> Ferien Aufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Dringlicher Eintritt | <input type="checkbox"/> Notfall Eintritt | <input type="checkbox"/> Voranmeldung |

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Email _____ Mobile Nr. _____

Geburtsdatum _____ Sozial-Vers. Nr. 756. _____

Zivilstand _____ Heimatort _____

Konfession _____

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

Erforderliche Kopien

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Krankenkassenkarte |
| <input type="checkbox"/> | ID /Pass |

Ort, Datum _____ Unterschrift _____



Hauptansprechperson

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Email _____ Mobile Nr. _____

Bezug zu Bewohnende:r _____

Rechnungsempfänger

Bewohnende:r Hauptansprechperson Andere Person

Wenn andere Person:

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Email _____ Mobile Nr. _____

Bezug zu Bewohnende:r _____

Ausstattung / Infrastruktur

Fernseher

Anschluss gewünscht TV Gerät Sunnmatte Eigenes TV Gerät

Telefon

Anschluss gewünscht Telefon Gerät Sunnmatte Eigenes Telefon Gerät

Schlüssel gewünscht

Ja Nein

Möbel Anlieferungsdatum _____

Weitere Informationen _____

