

ANMELDEFORMULAR

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Heimatort _____

Zivilstand _____ AHV-Nr. _____

Tel.-Nr. _____ Konfession _____

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____

Adresse Krankenkasse _____

Adresse Hausarzt _____

1. Kontaktperson Sohn Tochter Andere

Name, Adresse _____

Telefon / Natel _____

E-Mail _____

2. Kontaktperson Sohn Tochter Andere

Name, Adresse _____

Telefon / Natel _____

E-Mail _____

Gewünschter Eintritt Vorsorglich Dringend

Ich wünsche ein Einzelzimmer Doppelzimmer

Ich wünsche ein LSV
(Lastschriftverfahren) ja nein

Bemerkungen und
Wünsche _____

Ort und Datum

Unterschrift