



BINDERSGARTEN

## Anmeldeformular

Name / Mädchenname :	Vorname:
Geburtsdatum:	Heimatort:
Telefon:	AHV Nr.:
Zivilstand:	Konfession:
<b><u>Zivilrechtliche Wohnadresse:</u></b>	
Strasse:	PLZ / Ort:
<b><u>Gegenwärtiger Aufenthaltsort:</u></b>	
<b><u>Angehörige/Kontaktpersonen (Name / Vorname/ Adresse / Tel.Nr./Verwandtschaftsgrad):</u></b>	
<b><u>Aufenthalt:</u></b>	
gewünschter Eintrittstermin:	
gewünschter Austrittstermin (bei Ferienaufenthalt):	
1er Zimmer: <input type="checkbox"/> 2er Zimmer: <input type="checkbox"/> Telefonanschluss gewünscht: <input type="checkbox"/>	
<b><u>Krankenkasse:</u></b>	
Name:	Sektion:
Strasse:	PLZ / Ort:
Mitgliednummer:	
<b><u>Hausarzt:</u></b>	
Name:	Tel.Nr.:
Strasse:	PLZ / Ort:
<b><u>Rechnungsadresse:</u></b>	
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
<b><u>Gesetzlicher Vertreter (z.B. Amtsvormundschaft)</u></b>	
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Ort, Datum:	Ort, Datum:
Unterschrift Heimleitung/Stationsleitung:	Unterschrift Bewohner/in, bzw. Vertretung: