

**Alterszentrum Kirchbunte**Altersheimstrasse 7a
8890 Flums

Telefon 081 734 06 00

Telefax 081 734 06 09

Mail: alterszentrum@flums.ch

Anmeldeformular Bewohnerzimmer Alterszentrum Kirchbunte

| | | | |
|--------------------|--|----------------------|--|
| Name : | | Voname: | |
| Strasse: | | PLZ, Ort: | |
| E-Mail: | | | |
| Telefon.: | | Geburtsdatum: | |
| AHV-Nr.: | | Konfession: | |
| Zivilstand: | | Beruf: | |
| Heimatort: | | | |

| Kontaktadressen: PLZ, Ort) | (Name, Strasse, | E-Mail | Telefonnummer: |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|--------------------------|-------------------------|--|
| Rechnungsadresse: | | |
| Hausarzt: | | |
| Krankenkasse: | Mitgliedsnummer: | |

WICHTIG:

Mit dieser Anmeldung sind Sie lediglich im System erfasst. Sobald Sie sehen, dass ein Einzug nötig wird, oder Sie jetzt dann definitiv einziehen möchten, müssen Sie sich zwingend im Sekretariat des Alterszentrums melden und dies mitteilen. Sie werden dann bei einem freien Zimmer von uns kontaktiert.

Ort, Datum_____
Unterschrift

Original: Unterlagen Alterszentrum, Bestätigung an Interessent/-in