



Anmeldung Begleitetes Wohnen am Rondoweg 4

Gewünschter Miettermin

Bemerkung

Personalien

Name und lediger Name

Vorname

Strasse

PLZ, Wohnort

Kanton

Tel. Privat.

Tel. Mobil

Email

Konfession

Heimatort

Muttersprache

Geb. Datum

AHV-Nr. ¹⁾

Zivilstand

Ehem. Beruf

Steuergemeinde

Schriften liegen bei welcher Gemeinde

1. Kontaktperson

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Wohnort

Tel. Privat

Tel. Mobil

Tel. Gesch.

Verwandtschaftsgrad

E-Mail

Weitere Bezugspersonen

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Wohnort

Tel. Privat

Tel. Mobil

Tel. Gesch.

Verwandtschaftsgrad

E-Mail

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Wohnort

Tel. Privat

Tel. Mobil

Tel. Gesch.

Verwandtschaftsgrad

E-Mail

**Hausärztin / Hausarzt**

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ, Wohnort _____
Telefon _____

Krankenkasse ¹⁾

Name _____
Strasse _____ PLZ, Wohnort _____
Telefon _____

Bankverbindung (für allfällige Rückzahlungen)

Name der Bank _____
Kontoinhaber _____
IBAN Nr. _____

Bemerkungen

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

¹⁾ **Kopie der Versicherungskarte Ihrer Krankenkasse beilegen** (vorne und hinten kopieren)

Bitte senden Sie das Anmeldeformular und die Kopien an:

Alters- und Pflegezentrum Rondo
Sekretariat
Rondoweg 2
5745 Safenwil

Tel 062 788 70 20
info@azrondo.ch
www.azrondo.ch