

ANMELDUNG

Haus: (wenn keine Angabe, gültig für alle Häuser)

- 1-Zimmer-Wohnung 2-Zimmer-Wohnung 3-Zimmer-Wohnung
 Tageszentrum Pflegeheim

Name: Vorname:

Ledigname: Ehe-/Lebenspartner:

Strasse: Wohnort:

Telefon-Nr.: AHV-Nr.:

Geburtsdatum: Heimatort:

Zivilstand: Konfession:

Angehörige oder gesetzliche Vertreter

1. Name: Vorname:

Strasse: Wohnort:

Telefon-Nr.: E-Mail:

Verwandschaftsgrad:

2. Name: Vorname:

Strasse: Wohnort:

Telefon-Nr.: E-Mail:

Verwandschaftsgrad:

Hausarzt:

Krankenkasse: Police-Nr.:

Bemerkungen:

Anmeldedatum: Unterschrift:

- Ich/wir möchte/n so bald als möglich eintreten. Die Anmeldung erfolgt vorsorglich.

Bitte Anmeldung vollständig ausfüllen.

Einsenden an: Alterssiedlung Kantengut
Scalärastrasse 14, 7000 Chur
Faxen an: 081 354 13 15
Mailen an: info@kantengut.ch