

## Anmeldeformular zum**sy** Birgli

### Personalien

Vorname Name:			
Strasse, Nr., PLZ, Ort			
Tel.-Nr. (P, G, Mob):			
E-Mailadresse:			
Geburtsdatum:		AHV-Nr.:	
Konfession:		Zivilstand:	
Heimatort:		Geburtsort:	

### Anmeldung

zum <b>sy</b> Birgli	<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> dringlich
Ferienzimmer	<input type="checkbox"/> von	<input type="checkbox"/> bis

### 1. Bezugsperson

Vorname Name:			
Strasse, Nr., PLZ, Ort:			
Tel.-Nr. (P, G, Mob):			
E-Mailadresse:		Verw.grad:	

### Krankenversicherer

Krankenkasse:		KK-Nummer:	
Strasse, Nr., PLZ, Ort:			

### Arzt

Vorname Name:			
Strasse, Nr., PLZ, Ort:			

### Rückfragen ausschliesslich an

<input type="checkbox"/> Angemeldete Person	<input type="checkbox"/> 1. Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Beide möglich
---	--	--

### Bemerkungen

---



---



---

Datum, Unterschrift:		Bitte ausgefülltes Formular einsenden oder in der Administration abgeben
Anmeldung erfasst und schriftlich bestätigt:		Datum/Visum: