

Alterszentrum Churfirsten  
Churfirstenweg 3  
CH-9650 Nesslau

Tel. 071 995 65 65  
Fax 071 995 65 66  
E-mail info@az-churfirsten.ch

## Anmeldung Alterswohnung Alpenblick

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular vollständig auszufüllen.

Heimatort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_  
Früherer Beruf: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sind Sie Mitglied des Spitex-Vereins?  Ja  Nein

Wünschen Sie eine  2- Zimmerwohnung  
 3- Zimmerwohnung ( Zutreffendes ankreuzen! )

**3- Zimmerwohnungen können in der Regel nicht an Einzelpersonen vermietet werden.**

### Adressen der nächsten Angehörigen:

Name, Vorname	Adresse, Wohnort	Telefon-Nr.
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

\*\*\*\*\*

PLZ/Wohnort	Datum	Unterschrift
_____	_____	_____

**Bei der Anmeldung für eine Alterswohnung, muss für jede Person ein separates Anmeldeformular ausgefüllt werden!**