

## 2367 Anmeldeformular

Zentrum für Begegnung und Tagesgestaltung

---

Schnuppertag

Definitive Anmeldung

### Personalien

Name:

Vorname:

Wohnadresse:

Heimatort:

Geb. Datum:

Zivilstand:

AHV Nr.:

Konfession:

Krankenkasse:

Mitgl. Nr.:

Hausarzt:

Tel. Nr.:

Wochentag(e):

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Startdatum:

### Vertretungsvollmachten:

Vorsorgeauftrag:      ja                      nein

Patientenverfügung:    ja                      nein

Beistandschaft:        ja                      nein

## **Adresse Angehörige, Bezugsperson**

Name:

Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Adresse:

Telefon Nr.:

Mobil Nr.:

Email:

## **Weitere Kontaktpersonen**

Gerne können Sie uns weitere Kontaktpersonen mitteilen.

## **Rechnungsempfänger**

Diese Person erhält die Rechnung, zeigt sich verantwortlich und ist Ansprechperson für die finanziellen Angelegenheiten.

Name:

Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Adresse:

Telefon Nr.:

Mobil Nr.:

Email:

## **Grundlagen**

Diese Vereinbarung basiert auf der Taxordnung des Alters- und Pflegezentrums Bruggwiesen.

## **Unterschrift der vertretungsberechtigten Person**

Der Tagesgast oder der Vertragspartner bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit sowie die Vollständigkeit der Angaben. Zudem bestätigt der Tagesgast bzw. der Vertragspartner, dass er die Taxordnung sowie die Übersicht "Preise, Zusatzleistungen und Mietgegenstände" gelesen und akzeptiert hat.

Name / Vorname des Tagesgastes / Vertragspartners

Unterschrift des Tagesgastes / Vertragspartners

Ort und Datum

Das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular ist dem Alters- und Pflegezentrum persönlich, per Post oder per E-Mail zuzustellen.