



Anmeldung

Solina Steffisburg Kundenberatung

Anmeldung: vorsorglich dringend (bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen)

Name/Vorname:

(bei Frauen auch Familienname als ledig)

Aktuelle Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

ledig verheiratet geschieden
 verwitwet seit: _____

Beruf:

Konfession:

Wohnsitzgemeinde:

Heimatort:

AHV-Nr.:

Nächste Angehörige / Kontaktperson: (Vorname, Name, Adresse, Verwandtschaftsgrad, Tel. Nr.)

Rechnungsadresse: (Vorname, Name, Adresse, Tel. Nr.)

Allfälliger gesetzlicher Vertreter / Beistand (Vorname, Name, Adresse, Tel. Nr.,)

Krankenkasse/Mitglied-Nummer (Agentur Adresse)

Bemerkungen

Datum:

Unterschrift: