

Personendaten / Anschlussvertrag

Abonnent / System-Nutzer / Kunde

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Telefon:	Mobil:
Geburtsdatum :	Sprache:
Wohnart: <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> lebe allein <input type="checkbox"/> lebe mit _____	Anzahl der Zimmer: _____ Etage: _____

Hilfspersonen, die in Besitz des Haus- oder Wohnungsschlüssels sind

(mindestens 3 Adressen)

Wünschen Sie eine Schlüsselhinterlegung oder sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an die Notrufzentrale

1)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Tel. privat:	Tel. geschäftlich:
Mobil:	Bezug zum Abonnenten:

2)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Tel. privat:	Tel. geschäftlich:
Mobil:	Bezug zum Abonnenten:

3)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Tel. privat:	Tel. geschäftlich:
Mobil:	Bezug zum Abonnenten:

4)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Ort:
Tel. privat:	Tel. geschäftlich:
Mobil:	Bezug zum Abonnenten:

Behandelnder Arzt / Hausarzt

Name:	Vorname:
Ort:	Telefon Praxis:



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **vollständig** und **genau** ausfüllen. Nur dank diesen Informationen können wir für Sie im Notfall die richtige Hilfe organisieren. Die Notrufzentrale verpflichtet sich, die angegebenen personenbezogenen Daten vollkommen vertraulich zu behandeln.

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten von der Notrufzentrale gespeichert werden, damit diese mir bei einem Notfall Hilfe leisten und organisieren kann.

Vertragsbeginn:	Vertragsdauer:
Ort und Datum:	Unterschrift des Abonnenten / Kunde: