



Aufnahmeantrag

RESIDENCE DES ARDENNES

Maison de Retraite

Intercommunale

86, Grand-rue

L-9711 CLERVAUX

Tél.: 92 07 11-1 Fax.: 92 31 43

aschroeder@residencesardennes.com

Angaben des künftigen Bewohners

Name : _____

Vorname : _____

Mädchenname : _____

Geburtsort: _____

Alter: _____

Matricule: _____

Pflegeversicherung

Ja

wenn ja, dann Kopie der Pflegeversicherung beilegen

Nein

Wohnort

Strasse : _____ N° _____

L- _____ Ort _____

Telefon : _____ GSM _____

Kontaktperson

Familienverhältnis :

Name _____ Vorname _____

Strasse : _____ N° _____

L- _____ Ort _____

Telefon : _____ GSM _____

Sonstiges: _____

Datum _____

Unterschrift _____