



Anmeldeformular

Alterswohnung

Standort / gewünschter Wohnungstyp	
☐ Grampen ☐ 1 ½ Zi-Wohnung ☐ 2 Zi-Wohnung ☐ 2 ½ Zi-Wohnung ☐ 3 ½ Zi-Wohnung	☐ Rössligasse ☐ 1 ½ Zi-Wohnung ☐ 2 ½ Zi-Wohnung

Vermietung Grampen 2

Es wird keine separate Warteliste explizit für die Alterswohnungen im Grampen 2 geführt. Interessenten können sich in die bestehende Warteliste aufnehmen lassen.

Anmeldende Person 1	
Name: _____	Heimatort: _____
Vorname: _____	Zivilstand: _____
Geb. Datum: _____	Konfession: _____
Adresse: _____	E-Mail: _____
PLZ / Wohnort _____	Telefon: _____

Anmeldende Person 2	
Name: _____	Heimatort: _____
Vorname: _____	Zivilstand: _____
Geb. Datum: _____	Konfession: _____
Adresse: _____	E-Mail: _____
PLZ / Wohnort _____	Telefon: _____

Angehörige / Bezugsperson	
1. Ansprechperson (Kontakt, der im Notfall avisiert werden soll)	2. Ansprechperson
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
PLZ/Wohnort: _____	PLZ/Wohnort: _____
Telefon Privat: _____	Telefon Privat: _____
Telefon Geschäft: _____	Telefon Geschäft: _____
E-Mail _____	E-Mail _____
☐ Ehepartner / Partner	☐ Ehepartner / Partner
☐ Sohn / Tochter	☐ Sohn / Tochter
☐ Bruder / Schwester	☐ Bruder / Schwester
☐ Anderes: _____	☐ Anderes: _____

Zusatz zur Anmeldung

Wir werden Ihre Anmeldung in unsere Warteliste aufnehmen. Das Datum der Anmeldung wird, neben weiteren Kriterien, für die Beurteilung des allfälligen Eintrittes berücksichtigt. Die Vergabe erfolgt primär an Personen innerhalb unserer Stiftergemeinden.

Bei Erhalt Ihrer Anmeldung wird der Eingang unsererseits schriftlich bestätigt und wir werden bei nächster Gelegenheit mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Sollten Sie sich gegen eine Ihnen vorgeschlagene Alterswohnung entscheiden, so werden wir Sie während einer Sperrfrist von 2 Jahren nicht erneut kontaktieren.

Damit wir unsere Warteliste aktuell halten können, sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns über Änderungen informieren. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Person 1

Ort, Datum

Unterschrift

Person 2

Ort, Datum

Unterschrift

***Einreichen an Stiftung Alterszentrum Region Bülach, Allmendstrasse 1,
8180 Bülach oder per E-Mail an info@sarb.ch***