

Anmeldeformular für Mietinteressenten



Krienser Infostelle
Gesundheit

Hofmatt

Horwerstrasse 9

Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Gegenwärtige Adresse:

E-Mail:

Telefon Privat:

Natel:

Personalien der zweiten Bewerber:in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Gegenwärtige Adresse:

E-Mail:

Telefon Privat:

Natel:

Einkommen Fr. _____ /Monat

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Ergänzende Fragen und Informationen:

Halten Sie Haustiere: Ja Nein welches:

Sind sie Autobesitzer: Ja Nein Parkplatz: Ja Nein

Sind sie Besitzer eines E-Mobils Ja Nein Parkplatz: Ja Nein

Benötigen Sie aktuell ambulante Dienstleistungen Ja Nein

Welche? _____

Was erhoffen sie sich von einer hindernisfreien Wohnung? _____

Dürfen wir bei der aktuellen Verwaltung/ Eigentümer Erkundigungen einholen: Ja Nein

Bemerkung:

Ich erkläre hiermit, dass alle gemachten Angaben in jeder Beziehung den Tatsachen entsprechen, und nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben den Vermieter zur Vertragsauflösung berechtigen.

Datum _____ Unterschrift _____