

Telefon Administration 061 927 927 7

Telefon Restaurant 061 927 927 0

Fax 061 927 926 6

E-mail info@frenkenbuednten.ch

www.frenkenbuednten.ch

Postcheckkonto 40-8009-9



PERSONAL Anmeldebogen

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ: Wohnort:

Telefon: Natel:

Geburtsdatum: Zivilstand:

Heimatort Kanton, Staat: Beruf:

AHV-Nr.

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert:

Ausländerausweis - Kategorie:

A B C L N F

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name, Vorname des Ehepartners:

Geburtsdatum des Ehepartners: Beruf:

Ist Ihr Ehepartner erwerbstätig: Ja Nein Datum der Heirat:

	Name, Vorname der Kinder		Geburtsdatum		
			Tag	Monat	Jahr
1.					
2.					
3.					
4.					

Name, Ort des letzten Arbeitgebers:

Name, Ort der bisherigen Pensionskasse:

Stellenbewerbung als: Arbeitspensum in %:

Letzter Bruttolohn (Jahr): CHF

Gehaltsanspruch (Jahr): CHF

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Schulen und Berufsausbildung				
Vom		bis		Name / Ort
Mt.	Jahr	Mt.	Jahr	

Frühere Arbeitgeber					
Vom		bis		Funktion	Firma / Ort
Mt.	Jahr	Mt.	Jahr		

Referenzen		
Name, Funktion und Adresse	Telefon-Nr.	In welchem Bezug stehend?

Dürfen wir uns bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber erkundigen? Ja Nein

Beziehen Sie eine Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung? Ja Nein

Bemerkungen:

.....

Ort, Datum: Unterschrift:

Beilagen (Lebenslauf, Zeugniskopien, Ausbildungsnachweise)

.....

.....

.....

.....