



Association pour personnes âgées nécessitant des soins Bienne-Seeland

Formulaire d'inscription

Nom et prénom _____

Nom de famille et
prénoms des parents _____

Adresse actuelle

Numéro de tél. _____

Date de naissance _____

Domicile légal _____

Lieu d'origine _____

N° AVS _____

État civil _____

Confession _____

Profession _____

Prénom et date de naissance du conjoint _____

Enfant, autres proches, personnes de confiance (nom, prénom, numéro de tél,
adresse e-mail)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Mandataire (nom, prénom, numéro de tél, adresse e-mail)

Qui s'occupe des questions financières ou d'autres questions ? (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et adresse e-mail)

Caisse-maladie _____

No d'adhérent _____

Caisse de compensation AVS compétente _____

Adresse de votre médecin traitant _____

Dans quel appartement médicalisé souhaitez-vous emménager ?

- Bienne, rue du Wasen 36 (pour les personnes atteintes de démence)
- Bienne, Fröhlisberg, route du Büttenberg 66
- Büren a. Aare, Aarbergstrasse 5
- Anet, Bahnhofmatte 31
- Kappelen, Dorfstrasse 27b
- Lyss, Juraweg 1a
- Tschugg, Insstrasse 40

Quand approximativement souhaitez-vous emménager dans un appartement médicalisé de l'Association pour personnes âgées nécessitant des soins Bienne-Seeland ?

Motif de l'emménagement

Lieu et date :

Signature :

Par cette inscription, vous ne vous engagez pas à emménager et l'Association pour personnes âgées nécessitant des soins Bienne-Seeland n'est pas tenue d'accepter votre demande.