

Anmeldung (Datum / Zeit / Kürzel SB-E):

Anmeldeart:

Persönlich am Empfang

Telefonisch

Anmeldeformular

Sozial
medizinisches
Zentrum
Oberwallis

Personalien		Antragsteller/in	Partner/in (Ehe- oder Konkubinät)
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Telefonnummer			
Geburtsdatum			
AHV-Nummer			
Nationalität			
Zivilstand			
Aufenthaltsbewilligung			
E-Mail			
ID-Kopie vorhanden	<input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen, falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen, falls vorhanden)	
Kinder (e = eheliche, a = aussereheliche)			
Name / Vorname:	Geburtsdatum:	AHV-Nr.:	
Sonstige im Haushalt lebende Personen (z.B. Wohnpartner/in, Untermieter/in)			
Name / Vorname:	Geburtsdatum:	AHV-Nr.:	
Name / Vorname:	Geburtsdatum:	AHV-Nr.:	
Name / Vorname:	Geburtsdatum:	AHV-Nr.:	
Bestehen vormundschaftliche Massnahmen? <input type="checkbox"/> Bitte Name d. Beistandes/ d. Beiständin erwähnen			
Nein <input type="checkbox"/>	Ja		
Bemerkungen:			
Ort: Visp		Datum:	
Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin			