

# PERSONAL - STAMMBLATT

Beruf	
Name	
Vorname	
Beruf-Ausbildung	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Gemeinde-Nr. / Ort	
Telefon-Privat/Mobile	
E-Mail	
Heimatort	
Staatsangehörigkeit	
Geburtsdatum	
AHV-Nr.	
AHV-Anmeldung Datum	
Bewilligung Status / Nr.	
Ausweisgültigkeit von bis	
Fahrzeug Kat.	
Zivilstand	
Wenn verheiratet / Datum	
Krankenkasse	
Kinder, alter Bezügerausweis Geb.Schein od. Familienbuch	
BVG, alte Vorsorgeeinrichtung Alter Arbeitgeber	
Lohn (Monats- od. Stundenlohn)	

Bankverbindung	
Konto-Nr.	
PLZ, Ort	
Quellensteuer mit/ohne Kirchensteuer	
Fest/Temp	
SPRACHEN	
Sprachen: D/E/P/SK/ ALB / I / F /	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> Grundkennt. <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
Sprachen: D/E/P/SK/ ALB / I / F /	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> Grundkennt. <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
Sprachen: D/E/P/SK/ ALB / I / F /	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> Grundkennt. <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
Sprachen: D/E/P/SK/ ALB / / /	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> Grundkennt. <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
Sprachen: D/E/P/SK/ ALB / / /	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> Grundkennt. <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
Bemerkungen	

Gesundheitsfragen	
Arbeitsunfall/Krank/Arbeitsunfähig in den letzten 5 Jahren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Begründung	
Nehmen Sie Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Begründung	
Waren Sie in den letzten 2 Jahren arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Begründung	
Raucher/Nichtraucher	
Konsumieren Sie Alkohol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsumieren Sie Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum/Unterschrift:

---