



BE- ÉS KIKÖLTÖZÉSI ŰRLAP

Az érkezés napja:

A távozás napja:

A kísérő lakó adatai:

Vezetéknév:

Keresztnév:

Utca, házszám:

Irányítószám, város.: *Ungarn, H-*

Telefon:

A beteg adatai:

Vezetéknév:

Keresztnév:

Született:

Kórházi állomás: *18B*

Telefon:

..... úr/asszony a számú szoba kulcsát az
EGYETEMI KLINIKÁK CSALÁDHÁZA (FAMILIENHAUS), MÜNSTER E.V., ALBERT-SCHWEITZER-STR. 44, 48149 MÜNSTER
címen megkapta-n, visszaadta-n.

**A szoba bérlői vállalják a napi 23,00 € szállásdíjat (minden felnőtt lakóért további 5,00 €),
valamint a telefonálás költségeinek fizetését (egységenként 0,15 €-val számolva).**

A szoba a rendszabályok szerint, teljes rendben lett átadva. Az esetleges hiányosságok vagy
károsodások Frau Horstmann-nak jelentendők. A bérlés költségeit Frau Horstmann számára
távozáskor EC-kártyán vagy készpénzben kell megfizetni.

Aláírásával a bérlő a használati feltételek és a házirend elfogadását is kifejezi.

.....
A kulcsgondnok aláírása érkezéskor; név, dátum.

.....
A kulcsgondnok aláírása távozáskor; név, dátum.

.....
A bérlő(k) aláírása érkezéskor; név, dátum.

.....
A bérlő(k) aláírása távozáskor; név, dátum.

AZ EGYESÜLET CÍME: EGYETEMI KLINIKÁK CSALÁDHÁZA (FAMILIENHAUS UNIVERSITÄTSKLINIK),
MÜNSTER E.V., ALBERT-SCHWEITZER-STR. 44, 48149 MÜNSTER

TELEFON: 0251 / 9 81 55 - 0
TELEFAX: 0251 / 9 81 55 - 400

BANKI ADATOK: DARLEHNSKASSE IM BISTUM MÜNSTER
SPARKASSE MÜNSTERLAND OST

KTO.-NR.: 15 057 800 (BLZ 400 602 65)
KTO.-NR.: 2675 (BLZ 400 501 50)