

Anmeldeformular für «Dr. Coy-Woche»

Ich melde mich hiermit für eine «Dr. Coy-Woche» an.

Mein Wunschdatum **inkl. An- und Abreise** ist von _____ bis _____

- Ich bin Neupatient.**
- Ich bin bereits Patient Ihrer Klinik**
Name Ihres behandelnden Arztes: _____
- Ich benötige einen Klinik-Transport ab Bellinzona**
- Ich habe ein eigenes Auto Anderes _____
- Ich brauche ein Hotelzimmer für meine Begleitperson**
- Bitte rufen Sie mich an, um den Termin zu vereinbaren und/oder Fragen zu beantworten.

Name, Vorname _____

Name, Vorname der Begleitperson _____

Adresse _____ Land, PLZ/Ort _____

Telefon **tagsüber erreichbar** _____

E-Mail _____ Fax _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Anmeldung Paracelsus Clinica al Ronc, Strada cantonale 158, CH-6540 Castaneda, Schweiz
Telefon +41 91 820 40 40, Telefax +41 91 820 40 41, info@alronc.ch, www.alronc.ch