



**FEUERWEHR  
STÄFA**

# Anmeldeformular

<b>Personalien</b>	Name:		Vorname:	
	Adresse:			
	Plz:		Ort:	
	Geb.-Dat:		Bürgerort:	
<b>AHV-Nr.</b>				
<b>Kontakte (Tel.)</b>	Privat:		Geschäft:	
	Natel:		E-mail:	
<b>Beruf</b>				
<b>Arbeitgeber</b>	Firma:			
	Adresse:			
	Plz:		Ort:	
<b>Bank-/Postverb.</b>	Bank / Post:			
	Plz:		Ort:	
	IBAN-Nr.			
<b>Hausarzt</b>	Name		Vorname	
	Adresse:			
	Plz:		Ort:	
<b>Führerausweise</b>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> CE
	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> C1E	
	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> D1E
	<input type="checkbox"/> C (109)	<input type="checkbox"/> C (118)	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G
	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> M	
<b>Ort / Datum:</b>		<b>Unterschrift</b>		