

Liegenschaft

Liegenschaft / Strasse	_____	Ort	_____
Wohnung	_____	Gewünscht. Mietbeginn	_____
Mietzins	_____		
Familienwohnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bastel- /Lagerraum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Garageplatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ort	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mietinteressent

Mietinteressent/in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mietinteressent/in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familienname	_____	Familienname	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsdatum	_____
Heimatort/Land	_____	Heimatort/Land	_____
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden	Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden
Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
In der Schweiz Wohnhaft seit	_____	In der Schweiz Wohnhaft seit	_____
Beruf	_____	Beruf	_____
Jahreseinkommen	_____	Jahreseinkommen	_____
Name Arbeitgeber	_____	Name Arbeitgeber	_____
Adresse Arbeitgeber	_____	Adresse Arbeitgeber	_____
Telefon Geschäft	_____	Telefon Geschäft	_____
Dort in Stellung seit	_____	Dort in Stellung seit	_____
Heutige Wohnadresse	_____	Heutige Wohnadresse	_____
	_____		_____
Telefon Privat	_____	Telefon Privat	_____
E-Mail Adresse	_____	E-Mail Adresse	_____
Dort wohnhaft seit	_____	Dort wohnhaft seit	_____
Bisheriger Mietzins	_____	Bisheriger Mietzins	_____

Mietverhältnis Details

Grund des Wohnungswechsel	_____		
Zahl der erwachsenen Personen	_____	Kinder (Alter)	_____
Besitzen Sie Haustiere		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - welche	_____
Spielen Sie oder Familienangehörige ein Instrument		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - welche	_____
Besitzen Sie ein Auto		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

Kommentar