

Anmeldung

1. Daten	2. Wunschkliniken	3. Zusammenfassung
* Pflichtfeld		
Vorname*	Nachname*	
Geburtsdag (TT.MM.JJJJ)*	SV-Nummer (10-stellig)*	
Adresse*	Nr. *	Stiege Tür
PLZ*	Ort*	
Email Adresse		
Telefonnummer*		
Errechneter Geburtstermin laut Mutter-Kind-Pass (TT.MM.JJJJ)*		
NÄCHSTER SCHRITT		

نام کوچک
نام خانوادگی
روز تولد (سال/ماه/روز)
شماره بیمه تامین اجتماعی (ده رقمی)
آدرس
شماره
پلکان
درب
کد پستی
شهر یا روستا
ایمیل
تلفن
تاریخ تولد تخمینی مطابق با دفترچه پزشکی حاملگی
(سال/ماه/روز)

Anmeldung

1. Daten	2. Wunschkliniken	3. Zusammenfassung
Auf Grundlage Ihrer Informationen empfehlen wir Ihnen folgende 3 Geburtskliniken in Ihrer Nähe. Sie können diesen Vorschlag annehmen oder nach Ihren Wünschen verändern.		
	Wunschklinik 1	
	Nicht ausgewählt	
	Wunschklinik 2	
	Nicht ausgewählt	
	Wunschklinik 3	
	Nicht ausgewählt	
ZURÜCK		NÄCHSTER SCHRITT

کلینیک دلخواه ۱
کلینیک دلخواه ۲
کلینیک دلخواه ۳

Anmeldung

1. Daten	2. Wunschkliniken	3. Zusammenfassung
Zusammenfassung		
Vorname: Magda		
Nachname: Müller		
Geburtsdag: 11.12.1987		
SVNR: 1672010790		
Adresse: Vorgartenstraße		
Nr: 12		
Tür:		
Stiege:		
PLZ: 1020		
Ort: Wien		
Telefonnummer: +43 642342344		
Email Adresse:		
Geburtstermin: 15.10.2019		
Wunschklinik1: Krankenhaus Nord		
Wunschklinik2: Donaustadt		
Wunschklinik3: Mitternachtsklub		
<input type="checkbox"/> Bestätigung der Datenschutzerklärung.		
ZURÜCK		ANMELDEN

تالیید ضوابط حریم خصوصی.