

Anmeldung

1. Daten 2. Wunschkliniken 3. Zusammenfassung

* Pflichtfeld

Vorname* Nachname*
Vorname Nachname

Geburtsdag (TT.MM.JJJJ)* SV-Nummer (10-stellig)*
TT.MM.JJJJ

Adresse* Nr. * Stiege Tür
Adresse

PLZ* Ort*
1010 Ort

Email Adresse
muster@mail.com

Telefonnummer*
+43

Errechneter Geburtstermin laut Mutter-Kind-Pass (TT.MM.JJJJ)*
TT.MM.JJJJ

NÄCHSTER SCHRITT

İsim
Soyisim

Doğum tarihi (GG.AA.YYYY)
SV-numarası (10 rakamlı)

Adres
No.
Yol
Kapı

Posta kodu
Şehir

E-posta adresi

Telefon

Anne-çocuk defterinde yazılan tahmini
doğum tarihi (GG.AA.YYYY)

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

İstedğim klinik 1

İstedğim klinik 2

İstedğim klinik 3

Anmeldung

1. Daten 2. Wunschkliniken 3. Zusammenfassung

Zusammenfassung

Vorname: Magda
Nachname: Meiner
Geburtsdag: 11.12.1987
SVNR: 1672010180
Adresse: Vorgartenstraße
Nr: 12
Tür:
Stiege:
PLZ: 1020
Ort: Wien
Telefonnummer: +43 142342344
Email Adresse:
Geburtstermin: 10.10.2019
Wunschklinik1: Krankenhaus Nord
Wunschklinik2: Dienststadt
Wunschklinik3: MCHalmensdorf

Bestätigung der Datenschutzrichtlinie.

ZURÜCK ANMELDEN

Veri koruma kanunlarını okudum ve
kabul ediyorum.