



## Anmeldeformular für Mietinteressenten der Alterswohnungen im Blumenrain

### Attikawohnung Blumenrain 1, 8702 Zollikon

---

**Priorität 1:** Wohnungsnummer:

**Priorität 2:** Wohnungsnummer:

---

**Bezug erwünscht ab:**

---

**Autoabstellplatz benötigt?** Ja                      Nein

---

**Personalien Person 1 (Person 2 auf der  
Folgeseite)**

Anrede

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Adresse (Strasse Nr./PLZ Ort):

Wohnhaft seit:

Telefonnummer (Privat/Mobil):

E-Mail:

Ort / Datum:

**Unterschrift Person 1:**

---



## Personalien Person 2

Anrede

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Adresse (Strasse Nr./PLZ Ort):

Wohnhaft seit:

Telefonnummer (Privat/Mobil):

E-Mail:

Ort / Datum:

Unterschrift Person 1:

---

Bemerkungen:

---

*Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Liegenschaftenabteilung der Gemeinde Zollikon per Telefon unter +41 44 395 33 50 oder via E-Mail unter [liegenschaften@zollikon.ch](mailto:liegenschaften@zollikon.ch). Wir freuen uns über Ihr Interesse.*