

## Anmeldung

### Person 1

### Person 2

|                          |                                                             |                                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Anrede                   | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |
| Vorname                  |                                                             |                                                             |
| Name                     |                                                             |                                                             |
| Strasse + Nr.            |                                                             |                                                             |
| PLZ Ort                  |                                                             |                                                             |
| Konfession               |                                                             |                                                             |
| Geburtsdatum             |                                                             |                                                             |
| Nationalität / Heimatort |                                                             |                                                             |
| Telefon/Mobile           |                                                             |                                                             |
| Email                    |                                                             |                                                             |
| Beruf                    |                                                             |                                                             |

|                      |                                                                                                                                                |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zivilstand           | <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft seit _____ <input type="checkbox"/> unverheiratet |
| Kind (Vorname, Name) | Geburtsdatum                                                                                                                                   |
| Kind (Vorname, Name) | Geburtsdatum                                                                                                                                   |
| Kind (Vorname, Name) | Geburtsdatum                                                                                                                                   |
| Kind (Vorname, Name) | Geburtsdatum                                                                                                                                   |
| Kind (Vorname, Name) | Geburtsdatum                                                                                                                                   |

|                             |                                                                                                                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zur Beratung gekommen durch | <input type="checkbox"/> Andere Klienten <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Ich bin/wir sind ehem. Klienten |
|                             | <input type="checkbox"/> Werbung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Fachperson, z.B. Arzt oder Fachstelle   |

## Wird in der ersten Beratungssitzung ausgefüllt

|                       |                                                                               |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Vorgelegte Belege     | <input type="checkbox"/> Definitive Steuerrechnung vom _____ (Datum)          |
|                       | <input type="checkbox"/> Steuererklärung(en) vom _____ (Datum)                |
|                       | <input type="checkbox"/> Lohnausweis(e), Lohnabrechnung(en) vom _____ (Datum) |
| Beratungstarif/Stunde | <input type="checkbox"/> Stufe _____ Tarif                                    |

Ich bestätige / Wir bestätigen die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.  
 Ich bin / Wir sind mit den aktuell gültigen Allgemeinen Bedingungen einverstanden.  
 Ich akzeptiere / Wir akzeptieren die oben vereinbarte Tarifstufe.

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Datum                 | Datum                 |
| Unterschrift Person 1 | Unterschrift Person 2 |