



ID Nr.: 2016 _____

Müracaat Edenin Bilgileri - Daten des Antragstellers		Eşinin Bilgileri - Daten des Ehepartners	
AAKM Üyesi? / Mitglied bei AAKM? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		Hangi AAKM? / Wenn ja bei welchem?	
İsim - Name		İsim - Name	
Soyadı - Nachname		Soyadı - Nachname	
Doğum Yeri ve Tarihi Geburtsort / Geburtsdatum		Doğum Yeri ve Tarihi Geburtsort / Geburtsdatum	
Anne ve Baba Adı Name der Eltern		Anne ve Baba Adı Name der Eltern	
Cinsiyeti - Geschlecht		Cinsiyeti - Geschlecht	
Adres- Anschrift		Adres- Anschrift	
Telefon / E-Mail		Telefon / E-Mail	
Uyruğu – Staatsangehörigkeit		Uyruğu – Staatsangehörigkeit	
Ausweisnummer <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> RP		Ausweisnummer <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> RP	
Ciddi Hastalıkları Wichtige Krankheiten		Ciddi Hastalıkları Wichtige Krankheiten	

Fondan yararlanacak olan diğer Aile bireyleri 		Familien Angehörige		
İsim - Name	Doğum Yeri ve Tarihi Geburtsort/Geburtsdatum	Uyruğu - Staatsangehörigkeit	Ausweisnummer <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> RP	Yakınlık Derecesi - Verwandtschaftsverhältnis

AABF Cenaze Nakil Ve Yardımlaşma Fonu Tüzüğü'nü ana hatlarıyla okudum. AABF Cenaze Nakil Ve Yardımlaşma Fonu'nun şartlarını kabul ediyorum. Ben ve benimle birlikte fondan yararlanacak olan tüm aile fertlerini forma doğru olarak yazdığımı taahhüt ediyorum. Verilen yanlış bilgiden ve bildirilmeyen hastalıklardan dolayı doğabilecek bir aksaklığın, yanlışlıkların sorumluluğunu kesin olarak kabul ediyorum.

Üye Başvuru Tarihi ve İmza
Datum der Antragstellung & Unterschrift

İsmi Onaylayan Temsilci
Unterschrift der BestätigerIn

Onay Tarihi
Datum der Bestätigung