

# AUFNAHMEANTRAG / APLIKIMI

## Antragsteller / Aplikuesi

Pflichtfeld / Kërkesë e domosdoshme

Männlich / Mashkull  Weiblich / Femër

Name, Vorname / Mbiemri, Emri

Strasse, Hausnummer / Rruga, Numri i shtëpisë

PLZ, Ort / Numri i Qytetit, Qyteti

Telefonnummern (privat-mobil) / Numri i telefonit (privat-mobil)

E-Mail

## Daten und Familienangehörige / Të dhënat dhe anëtarët e familjes

Pflichtfeld / Kërkesë e domosdoshme

Ist eine der im Haushalt lebenden Personen unheilbar chronisch krank oder befindet sich derzeit in ärztlicher Behandlung?  
 A keni ndonjë antar të familjes me sëmundje të pashërueshme ose që është aktualisht në mjeksi?

NEIN / JO  
 JA / PO

Name	Vorname	Verhältnis	Geb.Datum	Geburtsort	Nationalität	Falls ja, Art der Erkrankung
Mbiemri	Emri	Lidhja-Raporti	Data e Lindjes	Vendi i Lindjes	Nënshtetësia	Nëse po, lloji i sëmundjes
		Antragsteller				
		Aplikuesi				
		Ehegatte				
		Bashkëshortja/ti				
		Sohn/Djali <input type="checkbox"/>				
		Tochter/Vajza <input type="checkbox"/>				
		Sohn/Djali <input type="checkbox"/>				
		Tochter/Vajza <input type="checkbox"/>				
		Sohn/Djali <input type="checkbox"/>				
		Tochter/Vajza <input type="checkbox"/>				
		Sohn/Djali <input type="checkbox"/>				
		Tochter/Vajza <input type="checkbox"/>				

Kinder unter 18 Jahre werden ohne Bescheinigung akzeptiert, von 19 - 27 Jahre nur mit Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung.  
 Fëmijët nën moshën 18 vjeç pranohen pa certifikim, prej 19 - 27 moshës vetëm me certifikatën e shkollës apo identifikimin e studentëve.

## Aufnahmegebühr / Tarifë pranimit

Pflichtfeld / Kërkesë e domosdoshme

Alter / Moshë	Einmalige Aufnahmegebühr	Pagesa e pranimit vetëm një herë	Plus 89.95 Euro Jährlich Plus 89.95 Euro Në vit
18 -- 29	0,00 Euro		
30 -- 49	49,95 Euro		
50 -- 59	399,95 Euro		
55 -- 59	599,95 Euro		

Vorsorgebeginn 180 Tage (6 Monate) nach Zahlungseingang / Sigurimi që fillon 180 ditë (6 Muj) pas marrjes së pagesës

## Gewünschte Zahlungsart / Forma e pagesës:

Überweisung / Transferim  SEPA-Lastschriftmandat / Mandati SEPA Drejtpërdrejtë Debiti

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von den Pikellimi GmbH auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Unë / Ne ju autorizoj(më) për të marrë pagesat nga llogaria ime (jonë) bankare me direkte debite. Në të njëjtën kohë si (n) une / ne, institucioni tim / tonë Bankës për të shlyer e Pikellimi GmbH mbi mia / tona llogarisë tërhequr. Shënim: Unë / Ne mund, brenda tetë javëve nga data e debitit, rimbursimin e shumës së ngarkuar. Aplikoni ai ra dakord me / tona kushtet e mia të institucionit financiar.

Name der Bank / Emri i Bankës: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber falls abweichend / Mbjhtësi i llogarisë nëse është i ndryshëm \_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift / Data, Nënshkrimi \_\_\_\_\_

## Ort und Datum / Vendi dhe Data

## Unterschrift / Nënshkrimi

Pflichtfeld / Kërkesë e domosdoshme

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) von Pikellimi GmbH wurden mir ausgehändigt, habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Termat dhe Kushtet (AGB) e pergjithshme të Pikellimi GmbH u dorëzuan tek unë, unë i kam lexuar dhe pajtohem me ta.