

# Formular für Mietinteressenten



**Mietobjekt:** Alte Apotheke, Solothurnerstr. 5, 4614 Hägendorf  
**Grösse der Wohnung:** 3.5 Zimmer-Wohnung  
**Wohnungsnummer:** .....  
**Stockwerk:** .....  
**Gewünschter Bezugstermin:** .....

Name/Vorname: .....  
Adresse: .....  
PLZ/Ort: .....  
Geburtsdatum: .....  
Tel.Nr.: .....  
E-Mail-Adresse: .....  
Nationalität: .....  
Ausländerausweis (A/B/C): .....  
Zivilstand: .....  
Name/Vorname Ehepartner/in: .....  
Kinder, Alter: .....  
Beruf: .....  
Arbeitgeber: .....  
Monatliches Bruttogehalt (CHF): .....  
Bisheriger Wohnort: .....  
Grund des Wohnungswechsels: .....  
Verwaltung/Kontaktperson: .....

Haben Sie eine Hausrat- und Haftpflichtversicherung?  ja  nein  
Beabsichtigen Sie, das Mietobjekt unterzuvermieten?  ja  nein  
Verursachen Sie besonderen Lärm? (Musikinstrument usw.)  ja  nein  
Rauchen Sie oder Ihr/Ihre Mietmieter/in?  ja  nein  
Haben Sie Haustiere?  ja  nein  
Wenn ja, welche: .....

Haben Sie ein Auto?  ja  nein  
Wenn ja, Kontrollschild-Nr.: .....

Anzahl Parkplätze: ..... Offener Aussenparkplatz CHF 65.-

Wurde gegen Sie in den letzten 2 Jahren eine Betreibung eingeleitet?  ja  nein

Vor Vertragsabschluss muss ein aktueller Auszug aus dem Betreibungsregister abgegeben werden.

Datum: ..... Unterschrift: .....