

**Bitte zurücksenden oder faxen an:**

Ärztlicher Bezirksverband Schwaben  
Frohsinnstraße 2  
86150 Augsburg

Fax 0821/3256-295

# Änderungsmeldung

Nachname / Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Neue Dienststelle/ Tätigkeitsadresse:**

Seit \_\_\_\_\_

Neue Dienststelle \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz / Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

**Änderung der Tätigkeitsart:**

Seit: \_\_\_\_\_ tätig als: \_\_\_\_\_

**Änderung der Privatadresse:**

Seit \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz / Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

**Änderung E-Mail-Adresse:** Privat: \_\_\_\_\_

Dienstlich \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Unterschrift