Bitte zurücksenden oder faxen an:

Ärztlicher Bezirksverband Oberpfalz
Postfach 10 01 19
93001 Regensburg

(0941) 307 88 194
(0941) 33623
sekretariat@aebv-oberpfalz.de

ÄRZTLICHER BEZIRKSVERBAND OBERPFALZ
Körperschaft des öffentlichen Rechts

☐ Änderungsanzeige ☐ Abmeldung

Nachname/ Titel[1] _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ MNR _____

Änderung der Dienststelle / Tätigkeitsart

Seit _____ tätig als _____

in/im (KKH, GP, Praxis…) _____

ggfs. Abteilung _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Dienst-E-Mail (freiwillig) _____

Bemerkung _____

Änderung der Privatadresse

Seit _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Bemerkung _____

_____ _____

Datum **Unterschrift**

[1] Zur Änderung Ihres Titels ist immer die Vorlage der entsprechenden Urkunde im Original bzw. eine beglaubigte Abschrift nötig. Bei Namensänderung durch Heirat reicht eine Kopie der Heiratsurkunde.