

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 KREISVERBAND
REGENSBURG**
**ÄRZTLICHER BEZIRKSVERBAND
OBERPFALZ**
Körperschaften des öffentlichen Rechts

Änderungsanzeige

Nachname/ Titel¹ _____

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.