

Bitte zurücksenden oder faxen an:

**Ärztlicher Bezirksverband Oberbayern**  
Postfach 80 01 80  
81601 München  
Tel.: 089/ 45 12 57 - 10  
Fax: 089/ 45 12 57 - 29  
E-Mail: [schwed@aebo.de](mailto:schwed@aebo.de)



**ÄBO**  
Ärztlicher Bezirksverband  
Oberbayern

## Änderungsanzeige

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

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### **Änderung der Dienststelle**

Seit \_\_\_\_\_

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

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Bemerkung \_\_\_\_\_

### **Änderung der Tätigkeitsart**

Seit \_\_\_\_\_ tätig als \_\_\_\_\_

Bemerkung \_\_\_\_\_

### **Änderung der Privatadresse**

Seit \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Bemerkung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift