

Bitte zurücksenden oder faxen an:

Ärztlicher Bezirksverband Unterfranken
Dominikanerplatz 8
97070 Würzburg

Fax: (0931) 3 53 40 29

Veränderungsmeldung

an die Bayerische Landesärztekammer
gilt auch für das bayerische und das Deutsche Ärzteblatt;
(Pflichtangaben sind rot markiert)

Persönliche Angaben

Email

Mitgliedsnummer

Anrede

• Familienname

• Rufname

Vorname(n)

ggf. Geburtsname

Titel/akad. Grade

• Geburtsdatum

• Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Neue Privatanschrift

• seit

Telefon

Fax

Straße

PLZ/Ort

Neue Tätigkeitsanschrift

• seit

Telefon

Fax

Straße

PLZ/Ort

ggf. Bezeichnung der
Dienststelle / Abteilung

Funktion

Email

Bemerkung