



Änderungsmitteilung „Anschrift“

Bitte keine Stempel verwenden!

Zurück per Fax: 030-246 253-29

Titel / Name	
Vorname (n)	
Geburtsdatum	
Mitgliedsnummer (7-stellig, siehe Mitgliedsausweis)	

Private Anschrift

Straße	
PLZ / Ort	
Telefon / Fax	
E-Mail	

Dienstanschrift Klinikärztinnen und – ärzte

Name der Klinik	
Abteilung	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon / Fax	
E-Mail	

Dienstanschrift Niedergelassene

Hautarztpraxis	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon / Fax	
E-Mail	

z.Z. keine dienstliche Anschrift vorhanden

Wichtiger Hinweis:

Sofern wir die dienstliche und private Anschrift von Ihnen haben, werden wir für das Mitgliederverzeichnis Ihre dienstliche Anschrift verwenden.