

Um- oder Abmeldung

Nachname/ Titel _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Neue Dienststelle

Seit _____

Neue Dienststelle _____

Strasse _____

PLZ/ Ort _____

Bemerkung _____

Änderung der Privatadresse

Seit _____

Strasse _____

PLZ/ Ort _____

Bemerkung _____

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formblatt zurück an:
Ärztlichen Bezirksverband Oberbayern, Postfach 80 01 80, 81601 München
oder per Fax:
089/ 45 12 57 - 29