



Bitte zurücksenden oder faxen an:

**Ärztlicher Bezirksverband Oberpfalz**  
**Postfach 10 01 19**  
**93001 Regensburg**  
**(0941) 39 63 – 108**  
**(0941) 33623**  
**sekretariat@aebv-oberpfalz.de**

**ÄRZTLICHER BEZIRKSVERBAND**  
**OBERPFALZ**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Bitte ankreuzen:

**Um- oder Abmeldung**

**Änderungsmeldung**

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

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Bisheriger Kreisverband \_\_\_\_\_

**Neue Dienststelle**

Seit \_\_\_\_\_

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

Straße \_\_\_\_\_

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

Bemerkung/Status \_\_\_\_\_

**Änderung der Privatadresse**

Seit \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Bemerkung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**