

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