

Bitte zurücksenden an:



Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München  
Elsenheimerstraße 65  
80687 München

**Änderungsanzeige**  
(Bitte leserlich ausfüllen)

Titel \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Änderung der Dienststelle** ab/seit \_\_\_\_\_

Dienststelle  
(vollständige Adresse) \_\_\_\_\_

(Bitte mit Tel., E-Mail)

**Änderung der Tätigkeitsart**

ab/seit \_\_\_\_\_ tätig als \_\_\_\_\_

Elternzeit von/bis: \_\_\_\_\_ (wenn Arbeitsvertrag weiter besteht)

Ich übe derzeit **keine ärztliche** Tätigkeit aus, seit: \_\_\_\_\_  
(Beachten Sie hierzu § 2, Abs. 2, der Beitragsordnung / [www.aekbv.de](http://www.aekbv.de))

Ich habe meine Niederlassung beendet seit: \_\_\_\_\_  
Die Patientenakten werden verwahrt bei:

\_\_\_\_\_  
(vollständige Adresse)

**Änderung der Privatadresse** ab/seit \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

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

E-Mail / Tel. \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift**

Hinweis: Die Änderung Ihrer Daten geben wir an die Bayerische Landesärztekammer weiter.