Veränderungsmitteilung

per Telefax an: 0211/409-2121 oder
per Post an: Gesellschaft f. Gastroenterologie NRW e.V
Herrn Prof. J.F. Erckenbrecht, Kreuzbergstraße 79, 40489 Düsseldorf

Gesellschaft für
Gastroenterologie
in Nordrhein-Westfalen e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Adressdaten

☐ Namensänderung:

Neu: _____

☐ Titel:

☐ Prof. Dr. med. ☐ Dr. med. ☐ Priv.-Doz.

☐ Sonstiges _____

☐ Adresse:

☐ Dienstlich

Krankenhaus: _____
Fachklinik: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Telefax: _____
E-Mail: _____

☐ Privat

Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Telefax: _____
E-Mail: _____

Dienststellung

☐ Chefarzt ☐ Oberarzt ☐ Assistenzarzt ☐ Niedergelassen ☐ Rentner

☐ Sonstiges: _____

Bankverbindung

Kontoinhaber: _____
Kontonummer: _____
BLZ: _____
Bank: _____

Sonstiges

_____
_____
_____
_____

_____ _____
Datum Unterschrift / Stempel