

Mitgliedsnummer:

Titel:

Geburtsdatum:

Name, Vorname:	bisherige Anschrift:
----------------	----------------------

Zur Aktualisierung bzw. Ergänzung Ihrer Daten, bitten wir Sie uns dies mit dem Antwortfax mitzuteilen
(Fax Nr.: 030 2060 8888 90):

Angaben zur Dienstadresse	Angaben zur Privatadresse
Institution/Einrichtung	Straße und Hausnummer
Klinik/Abteilung	PLZ Ort
Straße und Hausnummer	E-Mail (privat)
PLZ Ort	Telefon mobil (Handy)
E-Mail (dienstlich)	Telefon (privat)
Telefon (dienstlich)	Fax (privat)
Fax (dienstlich)	

Datum, Unterschrift

<i>Postalische DEGUM Korrespondenz an</i>	
<input type="checkbox"/> Privatadresse	<input type="checkbox"/> Dienstadresse
<i>E-Mail-Kontakt über</i>	
<input type="checkbox"/> Privatadresse	<input type="checkbox"/> Dienstadresse