

An die
Ärztammer Hamburg
Versorgungswerk
Winterhuder Weg 62
22085 Hamburg



VERSORGUNGSWERK DER
**ÄRZTEKAMMER
HAMBURG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mitglieds.-Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Änderung persönliche Daten:

Neue Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____ Email-Adresse: _____

Neue Bankverbindung ab: _____

IBAN: _____ BIC (Swift Code): _____

Neue Krankenkasse ab: _____

Name der Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Versicherten-Nr. : _____

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift des Kontoinhabers (Nur bei
Änderung der Bankdaten und falls ab-
weichend)