

Regionales Kooperatives
Rheumazentrum Niedersachsen e.V.
z. Hd. Frau Dr. Hoeper
Karl-Wiechert-Allee 3

Fax-Nr.: 0511/532-6401

30625 Hannover

Meine Anschrift hat sich geändert

Bitte notieren Sie meine neue Anschrift:

1. Änderung der dienstliche Anschrift

Name, Vorname: _____

Institution: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

2. Änderung der private Anschrift

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

- Ich bevorzuge es, die Mitteilungen des Rheumazentrums per e-mail zu erhalten.
- an meine dienstliche mail-Adresse an meine private mail-Adresse
- Ich bevorzuge es, die Mitteilungen des Rheumazentrums per Post zugeschickt zu bekommen.
- an meine dienstliche Anschrift an meine private Anschrift