

Regionales Kooperatives  
Rheumazentrum Hannover e.V.  
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 dienstlichen Anschrift**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Institution: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### **2. Änderung der privaten Anschrift**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_