



Änderung Tätigkeit

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden es an uns zurück.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Tel. tagsüber: _____ E-Mail: _____

bisherige Tätigkeit:

Art der Tätigkeit: _____

Dienstanschrift: _____

Straße, PLZ Ort: _____

neue Dienstanschrift:

seit: _____

Art der Tätigkeit: _____

Vollzeit Teilzeit Bei Teilzeitbeschäftigung senden Sie uns bitte die Kopie des Arbeitsvertrages zur Herabsetzung Ihres Kammerbeitrages zu.

Dienstanschrift: _____

Straße, PLZ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

zusätzliche Informationen:

Ort, Datum

Unterschrift