

GQMG - Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

Änderungs- und Ergänzungsmeldung

Titel, Vorname, Name, Mitgliedsnr. **bitte immer ausfüllen, nachfolgend bitte nur geänderte/zu ergänzende Daten ausfüllen!**

Falls Firmenadresse, bitte Firmenname und Ihre Position oder Abteilung eintragen

Land (A, CH, D), Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer

Telefon

Telefax

e-mail

Ausbildung/ausgeübte Tätigkeit

Kontoinhaber (z.B. Institut, Krankenhaus etc.) **bitte unbedingt in jedem Fall ausfüllen!**

Konto

Bankleitzahl

Geldinstitut

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das deutlich ausgefüllte Formular an die
GQMG c/o Ärztekammer Hamburg, Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg