

Rücksendung an:

VERSORGUNGSWERK  
der Landesapothekerkammer Hessen  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt am Main

**Veränderungsmitteilung**

**Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

**Bitte aktualisieren / ergänzen:**

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Bevorzugte Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Bitte zutreffendes ankreuzen und jeweils fehlende Daten ergänzen**

**Adressänderung** gültig ab: \_\_\_\_\_  
neue Adresse: \_\_\_\_\_

**Beschäftigungswechsel**  
bis: \_\_\_\_\_  
Datum h/Woche Arbeitgeber  
ab: \_\_\_\_\_  
Datum h/Woche Arbeitgeber

(bitte DRV-Antrag auf Befreiung von der RV-Pflicht beifügen - Formular befindet sich auf unserer Homepage)

**Bezug Arbeitslosengeld** ab: \_\_\_\_\_  
Datum

(bitte Antrag auf freiw. Mitgliedschaft beifügen - Formular befindet sich auf unserer Homepage)

**Sonstiges** z.B. Namensänderung (bitte Nachweis beifügen)

---

---

---

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

---

Ort, Datum

Unterschrift

Für eine Rücksendung per Fax verwenden Sie bitte die Fax-Nr.: 069 979509-44.