Auswahlverfahren für die Zulassung zum Studium der Humanmedizin

In Bayern nach dem Bayerischen Land- und Amtsarztgesetz (BayLArztG)

**Mitteilung über die Änderung persönlicher Daten**

Bayerisches Landesamt für Gesundheit

und Lebensmittelsicherheit

SG K 6 – Landarztquote

Donaustraße 1

87700 Memmingen

**󠄀 Meine Wohnanschrift hat sich geändert / ändert sich**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Bewerber-Nummer (ID) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bisherige Anschrift** | **Neue Anschrift** |
| Straße, Hausnr., PLZ Ort | Straße, Hausnr., PLZ Ort |

|  |
| --- |
| Gültig ab: |

**󠄀 Mein Name hat sich geändert / ändert sich**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bisheriger Name** | **Neuer Name** |
| Name, Vorname | Name, Vorname |

|  |  |
| --- | --- |
| Bewerber-Nummer (ID) | Kopie über die Namensänderung beifügen! |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift