



# Arbeitskreis Frauengesundheit

in Medizin, Psychotherapie  
und Gesellschaft e.V.

*unabhängig - überparteilich*

## Meine Daten haben sich wie folgt verändert

**alt**

**neu**

Vorname: ..... ..

Name: ..... ..

Straße: ..... ..

PLZ/Ort: ..... ..

Telefon/Mobil: ..... ..

Email-Adresse: ..... ..

Ort, Datum: ..... .. Unterschrift: .....

Für **Änderung der Kontoverbindung** für das SEPA Lastschriftzugsverfahren bitte das Formular  
„Lastschriftauftrag für den Mitgliedsbeitrag“ nutzen.