

# KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN  
LANGE GASSE 53

TEL.: 01/406 15 86 – 0  
E-MAIL: kobv@kobv.at

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

Stand: 01/2017

## VERÄNDERUNGSANZEIGE

..... Datum ..... Bezirks(Orts)gruppe

Herr/Frau  
Nachname: ..... Vorname: .....

Mitgliedsnummer: ..... Geburtsdatum: .....

**ist verzogen\***  
Adresse (alt): .....

Adresse (neu): .....

**verstorben am\*** ..... (Kopie der Sterbeurkunde oder Parte bitte anschließen)  
\*) Zutreffendes (Datum) F.d.:  
bitte ausfüllen

Obmann/Obfrau: ..... SchriftführerIn: .....

# KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN  
LANGE GASSE 53

TEL.: 01/406 15 86 – 0  
E-MAIL: kobv@kobv.at

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

Stand: 01/2017

## VERÄNDERUNGSANZEIGE

..... Datum ..... Bezirks(Orts)gruppe

Herr/Frau  
Nachname: ..... Vorname: .....

Mitgliedsnummer: ..... Geburtsdatum: .....

**ist verzogen\***  
Adresse (alt): .....

Adresse (neu): .....

**verstorben am\*** ..... (Kopie der Sterbeurkunde oder Parte bitte anschließen)  
\*) Zutreffendes (Datum) F.d.:  
bitte ausfüllen

Obmann/Obfrau: ..... SchriftführerIn: .....