

Datum:



## MEDDELANDE OM ADRESSÄNDRING

<b>Namn</b>	<b>Födelsedatum</b>
<b>Befattning</b>	
<b>Tjänstgöringsadress</b>	
<b>Telefon Fax</b>	<b>e-mail</b>
<b>Bostadsadress</b>	
<b>Bostadstelefon</b>	

..... Signatur

**Meddela oss vid ändringar av ovanstående uppgifter för att vi skall kunna hålla medlemsregistret så aktuellt som möjligt.**

---

*Postadress*

Svensk Njurmedicinsk Förening  
Att: Maria Svensson  
Njurmedicin SU/Sahlgrenska  
413 45 Göteborg

*Fax* +46 31-824660

*E-post* maria.svensson@wlab.gu.se