

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: Inga Soveri  
Njurmottagningen  
Akademiska Sjukhuset, ing 30,  
plan5, 75185, Uppsala

*E-post* inga.soveri@medsci.uu.se