



Formular zur Adressänderung

Wie heißen Sie? _____

Wie lautet Ihre Registriernummer bei der Claims Conference? _____

Bitte tragen Sie unten Ihre **alte Adresse** ein:

Adresse der Straße, Wohnung:		Stadt/Ort:
Region/Bundesland:	Land:	Postleitzahl:

Bitte tragen Sie unten Ihre **neue Adresse** ein:

Adresse der Straße, Wohnung:		Stadt/Ort:
Region/Bundesland:	Land:	Postleitzahl:

Email: _____ Telefon: _____

Ich, _____, bevollmächtige hiermit die Claims Conference und weise sie an, jeglichen Schriftverkehr an die oben angegebene neue Adresse zu senden.

Unterschrift

Unterschrift von _____	Tag	Monat	Jahr
------------------------	-----	-------	------

Bitte senden Sie uns dieses Formular zusammen mit einer Fotokopie eines gültigen amtlichen Ausweises zu.

Falls dieses Formular von einem bevollmächtigten Stellvertreter unterschrieben wird, fügen Sie bitte auch eine Vollmacht und ein Arztformular bei.

Siehe unten stehende Postanschriften:

<i>Für Israel und Osteuropa:</i>	<i>Für Westeuropa und Nordafrika:</i>	<i>Für alle anderen Länder:</i>
Claims Conference P.O.B. 20064 6120001 Tel Aviv Israel	Claims Conference Postfach 90 05 43 60445 Frankfurt am Main Germany	Claims Conference P.O. Box 1215 New York, NY 10113 USA