



Änderung der Postzustelladresse

Kundennummer:

Personalien (offizielle Wohnadresse)

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Wohnort:
*Geburtsdatum:	

**Wenn Sie Ihre Kundennummer nicht wissen, bitte unbedingt Geburtsdatum angeben.*

Personalien (gewünschte Zustelladresse)

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Wohnort:

Die gewünschte Zustelladresse ist gültig ab:

Bei Änderungen der Zustelladresse bitten wir Sie uns diese schriftlich bekannt zu geben, ansonsten gilt die bereits erfasste Zustelladresse.

Ich bestätige, mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte das vollständig ausgefüllte Formular an das Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt des Kantons St. Gallen, St. Leonhard-Strasse 40, 9001 St. Gallen senden oder an 058 229 36 58 faxen