



**Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt**

## Änderung der Postzustelladresse

<b>Kundennummer:</b>
----------------------

<b>Personalien (offizielle Wohnadresse)</b>	
Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Wohnort
*Geburtsdatum:	

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

<b>Personalien (gewünschten Zustelladresse)</b>	
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 zurücksenden an: Kanton St.Gallen,  
Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt, 9001 St. Gallen, oder an [info.stva@sg.ch](mailto:info.stva@sg.ch)