

Absender	Telefon
	Datum

Landkreis Stade
 Gesundheitsamt
 Heckenweg 7
 Postfach

21677 Stade

Anzeige über die Niederlassung als Heilpraktiker im Landkreis Stade

Anzeige über den Beginn oder
 Beendigung oder
 Änderung der Tätigkeit.

ab _____

Nachname, Vorname (bei Verheirateten auch Geburtsname)
--

Geburtsdatum	Berufsbezeichnung
--------------	-------------------

Praxisanschrift

Wohnanschrift

Behörde, die die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erteilt hat, Ausstellungsdatum

Tätigkeit, bzw. Behandlungsschwerpunkte

 Ort, Datum

 Unterschrift

Anlage
-beglaubigte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung