

Mitteilung über die Beendigung meiner Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker

zuständige Behörde

Stadt Delmenhorst
Fachdienst Gesundheit
Lange Str. 1 a
27749 Delmenhorst

Hiermit teile ich Ihnen die Beendigung meiner Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker mit:

1. Persönliche Angaben

Familiename, Vorname	
Geburtsname (bei Abweichung), Geburtsdatum, Geburtsort	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

2. Ende der Tätigkeit/Datum

--

3. Sonstiges/Bermerkungen:

--

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Sie sind gem. § 7a NGöGD verpflichtet, uns die Beendigung Ihrer Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen.