

Anmeldung selbständiger Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe (Art. 10. Abs. 3 GDG)



An das
Landratsamt Deggendorf
 Gesundheitsamt
 Pater-Fink-Straße 8
 94469 Deggendorf

Angaben zur Person

Nachname		Geburtsname (bei Abweichung)	
Vorname (Rufname bitte in Großbuchstaben)			
Geburtsort		Geburtsland	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
Wohnort: Straße, Hausnummer		Wohnort: PLZ, Ort	
Telefon	Fax	Handy	
E-Mail			

Tätigkeit

Berufsbezeichnung			
Erlaubnis am		Ausstellungsbehörde	
Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen			
Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen			
Berufsausübung: ☐ selbständig mit eigener Praxis ☐ freiberuflich			
als		ab	
Tätigkeitsort: (Straße, Hausnummer)		Tätigkeitsort: (PLZ, Ort)	
Telefon	Fax	Handy	
E-Mail		Internet-Adresse	
Betreiben Sie die Praxis alleine? Es handelt sich um eine		☐ ja ☐ nein ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft	
Besitzen Sie einen Hygieneplan?		☐ ja ☐ nein	
Inhaber/in der Praxis: Nachname		Inhaber/in der Praxis: Vorname	
Inhaber/in der Praxis: Straße, Hausnummer		Inhaber/in der Praxis: PLZ, Ort	

 Ort, Datum

 Unterschrift