

Anmeldung selbstständiger Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe (Art. 12 Abs. 3 GDVG)



An das
Landratsamt Augsburg
Fachbereich 20
Staatliches Gesundheitsamt
Prinzregentenplatz 4
86150 Augsburg

Posteingang:

Angaben zur Person

Nachname		Geburtsname (bei Abweichung)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)			
<input type="text"/>			
Geburtsort		Geburtsland	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Wohnort: Straße, Hausnummer		Wohnort: PLZ, Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon	Fax	Handy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail			
<input type="text"/>			

Tätigkeit

Berufsbezeichnung	
<input type="text"/>	
Erlaubnis am	Ausstellungsbehörde
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen

Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen

Berufsausübung:	<input type="checkbox"/> selbstständig mit eigener Praxis	<input type="checkbox"/> freiberuflich	<input type="checkbox"/> in abhängiger Stellung	
als	<input type="text"/>		ab	<input type="text"/>
Tätigkeitsort: (Straße, Hausnummer)		Tätigkeitsort: (PLZ, Ort)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Telefon	Fax	Handy		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
E-Mail	Internet-Adresse			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Betreiben Sie die Praxis alleine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Es handelt sich um eine	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft		
Inhaber der Praxis: Nachname		Inhaber der Praxis: Vorname		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Inhaber der Praxis: Straße, Hausnummer		Inhaber der Praxis: PLZ, Ort		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Ort, Datum

Unterschrift