

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



An das
Landratsamt Augsburg
Fachbereich 42
Staatliches Gesundheitsamt
Prinzregentenplatz 4
86150 Augsburg

Posteingang:

Angaben zur Person

Nachname	Geburtsname (bei Abweichung)	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)		
<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Geburtsort	Geburtsland	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Wohnort: Straße, Hausnummer		Wohnort: PLZ, Ort
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>
Telefon	Fax	Handy
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
E-Mail		
<input style="width: 95%;" type="text"/>		

Tätigkeit

Berufsbezeichnung	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Erlaubnis am	Ausstellungsbehörde
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" 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
als	ab	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Tätigkeitsort: (Straße, Hausnummer)		Tätigkeitsort: (PLZ, Ort)
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>
Telefon	Fax	Handy
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
E-Mail	Internet-Adresse	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" 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/in der Praxis: Nachname		Inhaber/in der Praxis: Vorname
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>
Inhaber/in der Praxis: Straße, Hausnummer		Inhaber/in der Praxis: PLZ, Ort
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift