

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
als	ab	
<input type="text"/>	<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