

Mitteilung/Anzeige

gemäß § 26 Abs. 3 des Gesundheitsdienstgesetzes LSA

Name, Vorname: _____

ggf. Geburtsname

Geburtsdatum/-ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift der Praxis/Niederlassung/Einrichtung (auch bei Umzug/Praxisverlegung u.ä.):

Tel./Fax/E-Mail: _____

(Angaben freiwillig)

Private Anschrift: _____

Staatsexamen/ Berufserlaubnis/ Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung:

verleihe akademische Grade und Titel/ Datum der Approbation:

Fachgebiete, in denen die berufliche Tätigkeit ausgeübt wird:

Beginn der selbständigen Tätigkeit/ Berufsausübung/ Praxiseröffnung _____

Ende der selbständigen Tätigkeit/ Berufsausübung /Praxisschließung: _____

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel