



Antrag

Anmeldung der Tätigkeit als Heilpraktiker-/in

Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen vollständig aus

Antragsteller/in:

Nachname:	
Vorname/n:	
Geburtsname (bei Abweichung):	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	
Geburtsland:	
Geburtsort:	
Wohnort (Straße, Hausnummer; PLZ, Ort):	
Festnetz Telefon:	
Handynummer:	
E-Mail:	

Angaben zur Tätigkeit:

Berufsbezeichnung:	
Erlaubnis:	
Ausstellungsbehörde:	
Erlaubnisurkunde bitte beilegen:	<input type="checkbox"/> erledigt / hochgeladen
Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung:	<input type="checkbox"/> erledigt / hochgeladen



Berufsausübung:	Bitte Zutreffendes auswählen: <input type="checkbox"/> selbstständig mit eigener Praxis <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> angestellt	
Berufsausübung/Tätigkeit als (bezogen auf Auswahl):		
Tätigkeit ab:		
Tätigkeitsort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):		
Festnetz Telefon:		
Handynummer:		
E-Mail:		
Internet-Adresse:		
Wird die Praxis allein betrieben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Art der Praxis:	Bitte auswählen, welche Art von Praxis vorliegt: <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	
Inhaber der Praxis (Nachname, Vorname):		
Adresse der Praxis:		
Ort:	Datum:	Unterschrift:

Landratsamt Bad Tölz-Wolfratshausen

Gesundheitsamt
Sachgebiet 63
Prof.-Max-Lange-Platz 1
83646 Bad Tölz
Tel.: +49 (8041) 505-483
Fax: +49 (8041) 505-132
E-Mail: g-amt@lra-toelz.de
www.lra-toelz.de