

Absender:

Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum

Kreis Soest
Abteilung Gesundheit
Zentrale Dienste
Frau Patzkowsky
Hoher Weg 1-3
59494 Soest

Niederlassungsanzeige gemäß § 1a GBerG NRW als

Berufsbezeichnung:

Praxisname:

Beginn/Datum:

Praxisanschrift:

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon:

Festnetz / Mobil

E-Mail:

Homepage:

Auf folgende Bereiche habe ich mich spezialisiert:

- Ich bitte mir eine Bescheinigung über die Anzeige meiner Tätigkeit zu übersenden.

Gemäß § 1a des Gesetzes über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe (GBerG) NRW füge ich folgende Unterlagen bei:

Für mich:

- beglaubigte Fotokopie** meiner Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung (**Berufsurkunde**)
- Fotokopie** meines Personalausweises zum Nachweis der Staatsangehörigkeit

Für meine Beschäftigten:

- Auflistung der Beschäftigten siehe Anlage (Seite 3)**
- beglaubigte Fotokopie/n** der Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung (**Berufsurkunde**)
- Fotokopie/n** des Personalausweises/der Personalausweise zum Nachweis der Staatsangehörigkeit
- Sonstiges



Ich bin darüber informiert, dass ich die Beendigung meiner Tätigkeit bzw. die Beendigung der Tätigkeit meiner Beschäftigten genauso wie Neueinstellungen oder sonstige Änderungen in Bezug auf meine Tätigkeit (Adress-, Namensänderung etc.) dem Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen habe.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift