



## Ummeldung eines Berufes des Gesundheitswesens nach § 12 HGöGD / § 2 Heilberufsgesetz

Gesundheitsamt  
Verwaltung  
Kettelerstraße 29  
64646 Heppenheim

Hiermit melde ich meine selbstständige Tätigkeit gem. § 12 HGöGD / § 2 Heilberufsgesetz um:

### Antragsteller/in

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		
Beginn der Tätigkeit	<input type="text"/>	Ende der Tätigkeit	<input type="text"/>

### Praxis

Straße	<input type="text"/>		
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

---

Ort, Datum

Unterschrift