

Niederlassungserklärung

Heilpraktiker/in

Name, Vorname _____

Geburtsdatum/-ort _____

Anschrift _____

Tel.-Nr. _____

Nach Überprüfung durch das Gesundheitsamt werde ich mich in

- Ort / Straße -

als

Heilpraktiker/in

in freier Praxis niederlassen.

Als glaubhafte Belege werden der Wohnsitz im Kreis Steinfurt bzw. eine Arbeitgeberbestätigung über die im Kreis Steinfurt befindliche Arbeitsstätte anerkannt.

- Unterschrift -