

Niederlassungserklärung

Heilpraktiker (Psychotherapie)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum/-ort _____

Anschrift _____

Tel.-Nr. _____

Nach Erlaubniserteilung durch das Gesundheitsamt werde ich mich in

- Ort / Straße -

zur Ausübung heilkundlich-psychotherapeutischer Tätigkeit 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 -