



**STADT HALLE (SAALE)**

FB Gesundheit

Marktplatz 1

06100 Halle (Saale)

**Dienstgebäude:** Niemeyerstraße 1

**Tel.:** 0345 221 3254

**Fax:** 0345 221 3223

**EINGANGSVERMERK**

**Anmeldung      Ummeldung      Abmeldung**

einer Praxistätigkeit gemäß § 26 Abs. 3 ÖGD-Gesetz und über die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt

**Name** (Name, Vorname)

**Geburtsname**

**Geburtsdatum**

**Geburtsort**

**Staatsangehörigkeit**

**Wohnanschrift** (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

**Telefon**

**Fax**

**Niederlassung für:**

**Name / Bezeichnung**

**Anschrift der Praxis** (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

**Telefon**

**Fax**

**Beginn/Datum**

oder

**Ende/Datum**

**Fortführung durch:**

**Name** (Name/Vorname)

**Anschrift** (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

**Telefon**

**Fax**

**Datum**

**Unterschrift**

**Hinweise:**

Als Anlage sind folgende Unterlagen in Kopie hinzuzufügen:

- Staatsexamen, Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung
- Verleihe akademische Grade und Titel