

Mitteilung über die Beendigung meiner Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker

zuständige Behörde

Landkreis Wittmund
Gesundheitsamt
Dohuser Weg 12b
26409 Wittmund

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie
unter www.landkreis-wittmund.de/datenschutz

Hiermit teile ich Ihnen die Beendigung meiner Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker mit:

1. Persönliche Angaben

Familiename, Vorname	
Geburtsname (bei Abweichung), Geburtsdatum, Geburtsort	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
E-Mail:	Tel.:

2. Ende der Tätigkeit/Datum

--

3. Sonstiges/Bermerkungen:

--

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Sie sind gem. § 7a NGöGD verpflichtet, mir die Beendigung Ihrer Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen.