

Absender:

Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum

Kreis Soest

Jugend, Schule und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
Verwaltung und
Gesundheitsschutz
Frau Schindler
Hoher Weg 1-3
59494 Soest

Niederlassungsanzeige gemäß § 18 ÖGDG NRW als

Berufsbezeichnung: _____

Praxisname: _____

Beginn/Datum: _____

Praxisanschrift: _____

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon: _____

Festnetz / Mobil

E-Mail: _____

Homepage: _____

Auf folgende Bereiche habe ich mich spezialisiert:

- Ich bitte mir eine Bescheinigung über die Anzeige meiner Tätigkeit zu übersenden.

Gemäß § 18 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) NRW in Verbindung mit § 2 DVMeld-ÖGDG-NRW füge ich folgende Unterlagen bei:

Für mich:

- beglaubigte Fotokopie** meiner Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung (**Berufsurkunde**)
- Fotokopie** meines Personalausweises zum Nachweis der Staatsangehörigkeit

Für meine Beschäftigten:

- Auflistung der Beschäftigten siehe Anlage (Seite 3)**
- beglaubigte Fotokopie/n** der Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung (**Berufsurkunde**)
- Fotokopie/n** des Personalausweises/der Personalausweise zum Nachweis der Staatsangehörigkeit
- Sonstiges



Ich bin darüber informiert, dass ich die Beendigung meiner Tätigkeit bzw. die Beendigung der Tätigkeit meiner Beschäftigten genauso wie Neueinstellungen oder sonstige Änderungen in Bezug auf meine Tätigkeit (Adress-, Namensänderung etc.) dem Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen habe.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift