

## Änderungsanzeige

Hiermit zeige ich

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Privatanschrift:

Telefonnummer:

**für**

Fachpraxis für:

Praxisname:

Praxisanschrift:

fachliche Leitung:

**folgende Änderungen:**

zum (Datum):

**beim Gesundheitsamt des Landkreises Nordsachsen an.**

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

Nachweis der Berechtigung zur Ausübung des Berufs und zur Führung der Berufsbezeichnung

Einverständniserklärung Datenschutz für das Gesundheitsamt

Nachweis der ausreichenden Versicherung gegen Haftpflichtansprüche i.R. der beruflichen Tätigkeit

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_