



## Abmeldung eines Berufes des Gesundheitswesens nach § 12 HGöGD / § 2 Heilberufsgesetz

Gesundheitsamt  
Verwaltung  
Kettelerstraße 29  
64646 Heppenheim

Hiermit melde ich meine selbstständige Tätigkeit gem. § 12 HGöGD / § 2 Heilberufsgesetz ab:

### Antragsteller/in

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		
Beginn der Tätigkeit	<input type="text"/>	Ende der Tätigkeit	<input type="text"/>

### Praxis

Straße	<input type="text"/>		
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

- Ich wünsche KEINE gebührenpflichtige Bescheinigung der Abmeldung durch die Abteilung Gesundheit.<sup>1</sup>

Ort, Datum

Unterschrift und **Stempel**

<sup>1</sup>Die Gebühr je Bescheinigung beträgt 15,00€.

\* freiwillige Angaben