

## Mitteilung über die Beendigung meiner Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker

### zuständige Behörde

Stadt Delmenhorst  
Fachdienst Gesundheit  
Lange Str. 1 a  
27749 Delmenhorst

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

### 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, uns die Beendigung Ihrer Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen.**