

**Anzeige einer selbstständigen Berufsausübung nach § 14 ÖGdG
und/oder eines Praxisbetriebes nach § 7 ÖGdG**

Kreisverwaltung Südwestpfalz
-Abt. Gesundheitswesen-
Unterer Sommerwaldweg 40-42
66930 Pirmasens

Fax: 06331 809-303

E-Mail:
gesundheitswesen@lksuedwestpfalz.de

Hiermit zeige ich meine selbständige Tätigkeit bzw. Praxiseröffnung als

_____ an.

Persönliche Daten Antragsteller/in:		
Name:	Geburtsname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Straße, Hausnummer:		PLZ, Ort:
Telefon:	Fax:	Mobil:
E-Mail:		

Tätigkeit:	
Berufsbezeichnung:	Name der Einrichtung:
Berufsausübung: <input type="checkbox"/> Selbstständig mit eigener Praxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Freiberuflich <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Tätigkeitsort: Straße, Hausnummer	Tätigkeitsort: PLZ, Ort
Tätigkeitsbeginn:	Telefon:
Fax:	Mobil:
E-Mail:	
Berechnigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte vorlegen!	

Mithaber bei Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft:	
Name:	Vorname:
Name:	Vorname:

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------