

Absender bitte in Blockschrift ausfüllen

Name, Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Telefon
E-Mail

**Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Gesundheitsamt
Heilpraktikerbereich**

10360 Berlin

Hiermit stelle ich einen **Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung** gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes.

Die schriftliche Überprüfung möchte ich im ablegen.
Monat / Jahr

Datum/Unterschrift