

Meldeformular zur **Ummeldung einer Praxis/Niederlassung** (gem. § 26 Abs. 3 GDG LSA)
 Ummeldung eines Pflegedienstes (gem. § 26 Abs. 3 GDG LSA)

Name, Vorname _____ Geburtsname _____
geboren am _____ Geburtsort _____
Staatsbürgerschaft _____
Privatanschrift PLZ _____ Wohnort _____
Ortsteil _____
Straße/Hausnummer _____
Telefon/Fax _____
E-Mail _____

Hiermit gebe ich dem zuständigen Gesundheitsamt des Landkreises Jerichower Land die:

Ummeldung meiner Praxis/Niederlassung für / als _____ **bekannt.**

Ich beschäftige Mitarbeiter ja nein Ummeldung ab: _____

Praxisanschrift (alt) PLZ _____ Wohnort _____
Ortsteil _____
Straße/Hausnummer _____
Telefon/Fax _____
E-Mail _____

Neue Praxisanschrift PLZ _____ Wohnort _____
Ortsteil _____
Straße/Hausnummer _____
Telefon/Fax _____
E-Mail _____

Ummeldung eines Pflegedienstes _____ **bekannt.**

Ich beschäftige Mitarbeiter ja nein Eröffnung am: _____

Praxisanschrift (alt) PLZ _____ Wohnort _____
Ortsteil _____
Straße/Hausnummer _____
Telefon/Fax _____
E-Mail _____

Neue Praxisanschrift PLZ _____ Wohnort _____
Ortsteil _____
Straße/Hausnummer _____
Telefon/Fax _____
E-Mail _____

Ich bin darüber informiert, dass ich die Beendigung meiner Tätigkeit sowie etwaige Änderungen dem Gesundheitsamt umgehend anzuzeigen habe.

Ich benötige eine Ummeldebesccheinigung ja nein

(Für die Bescheinigung wird eine Gebühr von 30,00 Euro erhoben.)

Ort / Datum / Unterschrift

Landkreis Jerichower Land

Gesundheitsamt

Bahnhofstraße 9

39288 Burg