

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

**zuständige Behörde**

Landkreis Aurich  
Amt für Gesundheitswesen  
Extumer Weg 29  
26603 Aurich

*Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie  
unter [www.landkreis-aurich.de/datenschutz](http://www.landkreis-aurich.de/datenschutz)*

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/Bemerkungen:**

--

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.**