

---

Ort, Datum

Stadt Neumünster  
Fachdienst Gesundheit  
Herrn Thorsten Sütel  
Meßtorffweg 8  
24534 Neumünster

# A n t r a g

Ich beantrage die Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**Gewünschter Überprüfungstermin:** \_\_\_\_\_

---

Unterschrift