
Vorname, Name

Ort, Datum

Hansestadt Lübeck
Bereich 3.322.4
Dr.-Julius-Leber-Str. 46-48
23552 Lübeck

A n t r a g

Ich beantrage die Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz
beschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Fax: _____

gewünschter Überprüfungstermin: _____

Unterschrift