
Vorname, Name

Ort, Datum

Hansestadt Lübeck
Bereich 3.320.23
Königstraße 49-57
23552 Lübeck

A n t r a g

Ich beantrage die Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Fax: _____

gewünschter Überprüfungstermin: _____

Unterschrift