

Stadtverwaltung Potsdam  
FB Soziales, Gesundheit, Umwelt  
Bereich Gesundheitsamt  
14461 Potsdam

## Antrag auf Rücktritt von der Heilpraktikerüberprüfung

### 1. Antragsteller/in

Name (auch Geburtsname, falls abweichend)		Vorname
PLZ, Ort, Straße		
Telefon	E-Mail	
Kreditinstitut	Konto Nr.	BLZ

Hiermit beantrage ich den Rücktritt von der Heilpraktikerüberprüfung im:

- März / Jahr \_\_\_\_\_
- Oktober / Jahr \_\_\_\_\_

2. Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Rücktritt von der Heilpraktikerüberprüfung**  
(Unterlagen gehen zur Entlastung des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Potsdam, an Ihr zuständiges Gesundheitsamt zurück)
- Terminliche Verschiebung der Heilpraktikerüberprüfung**

Sobald dieser Antrag im Gesundheitsamt der Landeshauptstadt eingegangen ist, wird Ihnen ihre Gebühr, abzüglich einer Verwaltungspauschale in Höhe von **40,00 EUR** überwiesen.

Ort/Datum

Unterschrift