

Stadtverwaltung Potsdam  
FB Soziales und Gesundheit  
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			
IBAN		BIC	

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.)

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