

# Berufseinstellung



Eintragungsnummer

Vorname(n)

Familienname(n) (im Register)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

### Adresse des Absenders

Staat

Postleitzahl

Ort

Straße

Hausnummer

Stiege/Tür

## Ich erkläre hiermit die Einstellung meiner Tätigkeit als

(bitte Beruf eintragen)

mit

Bitte letzten Tag der Berechtigung der Berufsausübung angeben)

Tag

Monat

Jahr

(TT)

(MM)

(JJJJ)

**Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mit diesem Datum aus dem Gesundheitsberuferegister gestrichen werde und damit nicht mehr berechtigt bin diesen Gesundheitsberuf auszuüben.**

Rechtsgrundlage: § 22 Abs. 2 Gesundheitsberuferegister-Gesetz (GBRG); BGBl. I Nr. 87/2016, idgF.

Ort, Datum

Unterschrift