
(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

(Aktenzeichen)

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

**Erklärung zum beabsichtigten Tätigkeitsort
in Nordrhein-Westfalen**

Abschluss in der EU Abschluss in einem Drittstaat

(bitte unbedingt ankreuzen, da anderenfalls eine Zusortierung nicht möglich ist)

Hiermit erkläre ich, _____,
geboren am _____ in _____, dass
ich beabsichtige, die ärztliche/zahnärztliche/pharmazeutische/psychotherapeutische
Tätigkeit in folgender **Stadt/Kommune** auszuüben:

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)