

Anlage

zu § 1 Abs. 2 vorstehender Durchführungsbestimmung

Landesgesundheitsamt des Landes

j den..... 19.....

Aktenzeichen:

An
Herrn*)
Frau

in*

Wir bitten Sie, uns den anhängenden Vordruck binnen einer Woche ausgefüllt zurückzureichen.

Landesgesundheitsamt des Landes

(Unterschrift)

An

....., den 19.....

das Landesgesundheitsamt des Landes

- Ärztekartei —
 - Zahnärztekartei —
 - Apothekerkartei —
- } *)

in

Zum Aktenzeichen:

Ich heiße
(Name, Vorname, bei Frauen auch Geburtsname)

Ich bin von Beruf....., wohne in.....
(Wohnort und Wohnung)

..... bin geboren am.....

Ich bin nicht gerichtlich bestraft (im Strafregister getilgte Strafen brauchen nicht angegeben zu werden)*).

Ich bin gerichtlich bestraft worden*)

a) (vom in am
(erkennendes Gericht)

mit (Strafe genau bezeichnen)

Aktenzeichen' des Gerichts:

Die Strafe ist — noch nicht — am verbüßt bzw. bezahlt*);-

b) vom in am
(erkennendes Gericht)

mit (Strafe genau bezeichnen)

Aktenzeichen des Gerichts:

Die Strafe ist — noch nicht — am verbüßt bzw. bezahlt*).

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen richtig und vollständig gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, daß ich mich durch falsche oder unvollständige Angaben strafbar mache.

*) Nichtzutreffendes bitte zu durchstreichen!

.....
(Unterschrift
möglichst unter Stempelbeidrucki