

An das
Ministerium für Arbeit, Soziales,
Frauen und Gesundheit
Referat E 2
Franz-Josef-Röder-Str. 23
66119 Saarbrücken

Antrag auf Zulassung als Gelbfieberimpfstelle im Saarland

Hiermit beantrage ich die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle im Saarland.

| | | |
|-------|----------|--------|
| Name: | Vorname: | Titel: |
|-------|----------|--------|

Facharzt- bzw. Zusatzbezeichnungen: _____

Praxis-/Dienststellenanschrift:

| | | |
|----------|------|------|
| Straße: | PLZ: | Ort: |
| Telefon: | | Fax: |
| E-Mail: | | |

Folgende Anlagen sind beigefügt:

- beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde
- Identitätsnachweis bei Namensänderung
- polizeiliches Führungszeugnis / ist beantragt
- Nachweis einer reisemedizinischen Basisqualifikation durch einen Fortbildungskurs im Bereich Reise- und Tropenmedizin von wenigstens 32 Unterrichtsstunden mit Abschlussprüfung (z.B. anerkanntes Zertifikat „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ in Kopie, nicht älter als 2 Jahre)
- Verpflichtungserklärung
- Einverständniserklärung zur Datenveröffentlichung

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Eventuelle Änderungen werde ich unverzüglich dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit schriftlich mitteilen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel: