

An das
Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Postfach 80 02 09
81602 München

Antrag auf Zulassung als Gelbfieberimpfstelle in Bayern

Hiermit beantrage ich die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle in Bayern.

Name.....

Vorname..... Titel.....

Facharzt- bzw. Zusatzbezeichnungen.....

Praxis-/Dienststellenanschrift:

Straße.....

PLZ..... Ort.....

Telefon..... Fax.....

E-Mail Adresse.....

ggf. Dienststelle.....
(z.B. Gesundheitsamt, betriebsärztlicher Dienst)

Zahlungspflichtiger falls abweichend.....

Folgende Anlagen sind beigefügt:

- Kopie der Approbationsurkunde (amtlich beglaubigt, nicht älter als 1 Monat, Identitätsnachweis bei Namensänderung)
- Nachweis einer reisemedizinischen Basisqualifikation durch einen Fortbildungskurs im Bereich Reise- und Tropenmedizin von wenigstens 32 Unterrichtsstunden mit Abschlussprüfung (z.B. anerkanntes Zertifikat „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“, Kopie, nicht älter als 2 Jahre)
- Verpflichtungserklärung

Ich versichere, dass ich die obigen Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Änderungen werde ich dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege schriftlich mitteilen.

Ort, Datum..... Unterschrift.....