An: **Landkreis Stendal -Gesundheitsamt-, Wendstraße 30, 39576 Hansestadt Stendal**

M i t t e i l u n g / A n z e i g e für Angestellte
gem. §§ 15 Abs. 1 und 26 Abs. 1 Satz 1 GDG LSA

Name des Beschäftigten	Berufsabschluss/ -bezeichnung

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift/Stempel