

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon*

.....
E-Mail-Adresse*

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe (G1)
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Vollmacht

Ich bevollmächtige Frau/Herrn**

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon*

.....
E-Mail-Adresse*

das Verfahren auf Erteilung

- der **Approbation**
und
- einer **befristeten und beschränkten Berufserlaubnis**
- als
- Ärztin bzw. Arzt**
- Zahnärztin bzw. Zahnarzt**
- Apothekerin bzw. Apotheker**

in meinem Namen zu führen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
* freiwillige Angabe

** Nichtzutreffendes bitte streichen