

# Vollmacht



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)  
Dezernat G1  
Postfach 90 02 36  
14438 Potsdam

Kontakt:  
Dezernat G1  
[GFB@lavg.brandenburg.de](mailto:GFB@lavg.brandenburg.de)

Eingangsvermerk des LAVG

Name

Vorname

Geburtsname

Geschlecht

Straße, Hausnr.

PLZ

Wohnort

Telefon\*

E-Mail

## Ich bevollmächtige

Name, Vorname:

Geschlecht:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon\*:

E-Mail:

das Verfahren auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufserlaubnis in meinem Namen zu führen.

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift der  
vollmachtgebenden Person

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.

\* freiwillige Angabe

Stand: Januar 2023