

Vollmacht



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

Kontakt:
Dezernat G1
AHB@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Name

Vorname

Geburtsname

Geschlecht

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Telefon*

E-Mail

Ich bevollmächtige Frau/Herrn**

Name, Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

E-Mail:
(optional)

das Verfahren auf Erteilung

der Approbation

und

einer befristeten und beschränkten Berufserlaubnis

als

Tierärztin bzw. Tierarzt

in meinem Namen zu führen.

Ort, Datum

.....
eigenhändige Unterschrift

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

* Freiwillige Angabe

** Nichtzutreffendes streichen