

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Telefon\*

.....  
E-Mail-Adresse\*

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit  
Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe (G1)  
Wünsdorfer Platz 3  
15806 Zossen OT Wünsdorf

## 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