

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**
 Ärztin bzw. Arzt
 Zahnärztin bzw. Zahnarzt
 Apothekerin bzw. Apotheker

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