

# Vollmacht



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

Kontakt:  
Dezernat G1  
[G1-Berufsrecht@lavg.brandenburg.de](mailto:G1-Berufsrecht@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