



Bayerische Landesamt für Pflege

Anerkennungsverfahren

Referat 12: Sachbearbeitung und Gleichwertigkeitsprüfung

Mildred-Scheel-Straße 4

92224 Amberg

**Vollmacht: Für das Anerkennungsverfahren zum Führen der
Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder
„Pflegefachperson“**

Dieses Dokument wird auch bei einer **elektronischen Antragstellung** benötigt.

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber/in)

Anrede Herr Frau Divers

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Land _____

folgende Person (Vollmachtnehmer/in) in Deutschland

Anrede Herr Frau Divers

Vorname, Nachname _____

Institution _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Land Deutschland

mich gegenüber dem Bayerischen Landesamt für Pflege (LfP) zu vertreten.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber