



Bayerische Landesamt für Pflege  
**Anerkennungsverfahren**  
Referat 13: Fachsprachenprüfung  
Mildred-Scheel-Straße 4  
92224 Amberg

**Vollmacht: Für die Fachsprachenprüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens  
für Gesundheitsfachberufe in Bayern**

**LfP-Vorgangsnummer:** \_\_\_\_\_

(Pflichtfeld, bitte aus Informations-E-Mail entnehmen.)

**Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber - Antragsteller),**

Anrede  Herr  Frau  Divers

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**folgende Person (Vollmachtnehmer)**

Anrede  Herr  Frau  Divers

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**mich gegenüber dem Bayerischen Landesamt für Pflege (LfP) in allen Angelegenheiten zu  
vertreten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber

Stand: 01.08.2024