

# VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich als **Vollmachtgeber**:

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-Ort: \_\_\_\_\_

den folgenden **Vollmachtnehmer**:

Name/ ggf. Firma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(nur bei Privatpersonen)

mich beim Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt – Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe – in allen Angelegenheiten in Bezug auf die Erteilung der Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung (Berufsabschluss im Ausland) zu vertreten, insbesondere in meinem Namen den Antrag zu stellen, Erklärungen abzugeben, alle erforderlichen Unterlagen einzureichen sowie alle Dokumente und Bescheide entgegenzunehmen.

## **Kostenübernahmeerklärung**

Der **Vollmachtnehmer** verpflichtet sich, alle entstehenden Gebühren und Kosten an das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt zu zahlen.

Ja

Nein

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gegenüber dem Vollmachtnehmer und dem Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt gültig.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum, Unterschrift **Vollmachtgeber**

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum, Unterschrift **Vollmachtnehmer**