



Bayerisches Landesamt für Pflege

**Anerkennungsverfahren**

Referat 12: Sachbearbeitung und Gleichwertigkeitsprüfung

Mildred-Scheel-Str.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

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Land

Deutschland

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

**x**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/in