
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land, PLZ, Wohnort

Telefon*

E-Mailanschrift*

Vollmacht

Ich bevollmächtige

Frau/Herrn *bzw.* Vertreter der Firma
Anrede (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land, PLZ, Wohnort

Telefon*

E-Mailanschrift*

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

Unterschrift

* freiwillige Angabe