



Bayerische Landesamt für Pflege

**Anerkennungsverfahren**

Referat 12: Sachbearbeitung und Gleichwertigkeitsprüfung

Mildred-Scheel-Straße 4

92224 Amberg

**Vollmacht für das Anerkennungsverfahren**

☐ Pflegefachfrau / Pflegefachmann / Pflegefachperson

☐ Pflegefachhelferin / Pflegefachhelfer

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) in allen zulässigen Angelegenheiten außergerichtlich zu vertreten.**

Der Umfang der Vertretungsbefugnis beinhaltet insbesondere

- die Vertretung in allen für die Durchführung des Anerkennungsverfahrens erforderlichen Angelegenheiten,
- die Entgegennahme der die Verfahren betreffenden schriftlichen sowie elektronischen Unterlagen, die Durchführung des Schriftverkehrs und das Öffnen der an mich adressierten Post.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, eine Untervollmacht, die den Umfang dieser Vollmacht nicht überschreiten darf, zu erteilen und zu widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Vollmachtgeber