



Bayerische Landesamt für Pflege
Anerkennungsverfahren
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

Stand: 25.09.2025

Unterschrift Vollmachtgeber