



Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich als **Vollmachtgeber**

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:

den folgenden **Vollmachtnehmer***:

mich beim Kommunalen Sozialverband Sachsen

in allen Angelegenheiten der Überprüfung der Gleichwertigkeit meines ausländischen Bildungsabschlusses sowie der Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in einem Gesundheitsfachberuf zu vertreten, insbesondere in meinem Namen den Antrag zu stellen und alle erforderlichen Unterlagen einzureichen sowie alle Dokumente und Bescheide entgegenzunehmen.

Der Vollmachtnehmer verpflichtet sich, alle entstehenden Gebühren und Kosten an den KSV Sachsen zu zahlen.

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gegenüber dem Vollmachtnehmer und dem KSV Sachsen gültig.

Ort, Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber

Unterschrift Vollmachtnehmer
