

LANDKREIS GIFHORN

DER LANDRAT



Landkreis Gifhorn
Stabsstelle Regionalentwicklung
Schlossplatz 1
38518 Gifhorn

Eingangsstempel

Prämien-Nr.

Anlage 1 zum Antrag vom _____ auf Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Ansiedlung von Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen im Landkreis Gifhorn (RL-Förderung Ärzt*innen):

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich/wir den Steuerberater/ Wirtschaftsprüfer/ Unternehmensberater/etc.

(Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Fax-Nr., E-Mail)

mich bzw. uns gegenüber dem Landkreis Gifhorn bei der Antragstellung auf Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Ansiedlung von Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen im Landkreis Gifhorn (RL-Förderung Ärzt*innen) für die o. a. Maßnahme zu vertreten.

Die Vollmacht umfasst die Erteilung von Auskünften hinsichtlich des geplanten Vorhabens sowie auch die Einholung von Auskünften diesbezüglich.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel Antragsteller