

# LANDKREIS GIFHORN

DER LANDRAT



Landkreis Gifhorn  
10.2 - Wirtschaftsförderung  
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