

**Wahlen zur Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe
für die Wahlperiode 2014/2019 (16. Legislaturperiode)**

....., den

Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Hauptwahlleiter -
Postfach 40 67

48022 Münster

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

E R K L Ä R U N G

Ich erkläre hierdurch gemäß § 22 (1) der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversamm-
lungen der Heilberufskammern in der Fassung vom 20. September 2013 (GV.NRW 2013 S.577),
dass ich meine Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe
annehme.

.....
(Unterschrift)
(Stempel)

.....
Dienst- (Praxis)Anschrift:

 D

.....
Tel.-Nr.

.....
Fax-Nr.

.....
Privat-Anschrift:

 P

.....
E-Mail

.....
Mobil

.....
Tel.-Nr.

.....
Fax-Nr.

Benachrichtigungen, Einladungen etc. bitte an folgende Adresse:

D

P

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

.....
Bankinstitut

.....
Konto-Nr.:

.....
BLZ: