

**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 Kammerversammlungen 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: