

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

Z u s t i m m u n g s e r k l ä r u n g

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Mit der Aufnahme in den

Wahlvorschlag

Wahlkreis

bin ich unwiderruflich einverstanden.

Umstände, die meine Wählbarkeit ausschließen, sind mir nicht bekannt. Eine Einverständniserklärung zur Aufnahme in einen anderen Wahlvorschlag habe ich nicht abgegeben. Ich bin in dem Wahlkreis, für den der Wahlvorschlag eingereicht wird, selbst wahlberechtigt.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)

Notwendige Angaben für die Aufnahme in den Wahlvorschlag:

Familienname:

Vorname:

Akadem. Grad / Titel:

Berufliche Anschrift : ³⁾

.....

Berufsbezeichnung: ¹⁾

Art und Ort der Berufsausübung: ²⁾

ggf. Tel./Fax (dienstl.):

ggf. Tel./Fax (privat):

ggf. Mobil:

ggf. E-Mail:

Bitte an die **Vertrauensperson:**

laufende Nr. des Bewerbers auf dem Wahlvorschlag hier eintragen.

1) z. B. Ärztin/Arzt, Fachärztin/-arzt für

2) z. B. niedergelassen, Assistenzärztin/arzt, Oberärztin/arzt, Ltd. Ärztin/Arzt, Werksärztin/arzt, Kreismedizinalrat, ohne ärztliche Tätigkeit

3) Ort der Berufsausübung mit Anschrift, wenn nicht vorhanden private Anschrift