

Wahl der Vorstände und Schlichtungsausschüsse der Verwaltungsbezirke der
Ärzttekammer Westfalen-Lippe

ERKLÄRUNG

zur Aufnahme in den Wahlvorschlag für die Wahl zum

Vorstand / Schlichtungsausschuss

des Verwaltungsbezirks _____ der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Mit meiner Aufnahme in den o. a. Wahlvorschlag erkläre ich mich einverstanden.

Umstände, die meine Wählbarkeit ausschließen, sind mir nicht bekannt.

....., den

.....

(Unterschrift)

.....

(Anschrift / Stempel)

.....

Nr. des Wählerverzeichnisses