

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
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Ifd. Nr.

Familienname

Vorname.....

Akadem. Grad u. Titel

Geb.-Datum

Wohnort mit PLZ

Berufsbezeichnung

Art und Ort der Tätigkeit

.....
Nr. des Wählerverzeichnisses