

Unterstützung
des Wahlvorschlages

für die Wahl des

- Vorstandes
 Schlichtungsausschusses

lt. Wahlordnung
des Verwaltungsbezirks _____
bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2015,
Wahlkreis _____

Ich unterstütze hiermit durch meine Unterschrift den Wahlvorschlag
für den Wahlkreis _____ und erkläre, dass ich in dem o. g. Wahlkreis
wahlberechtigt bin.

.....
Familienname, Name

.....
Anschrift

.....
Ort der Berufsausübung

.....
Datum

.....
Unterschrift/Stempel

.....
lfd. Nr.:

.....
Nr. des Wahlvorschlages