

## 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)

lfd. Nr. ....

Familiennamen .....

Vorname.....

Akadem. Grad u. Titel .....

Geb.-Datum .....

Wohnort mit PLZ .....

Berufsbezeichnung .....

Art und Ort der Tätigkeit .....

.....  
Nr. des Wählerverzeichnis