

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.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Ifd. Nr. _____

Familienname _____

Vorname _____

Akadem. Grad u. Titel _____

Geb.-Datum _____

PLZ Wohnort: _____

Berufsbezeichnung: _____

Art und Ort der Tätigkeit: _____

Nr. des Wählerverzeichnisses