Wahl zu den Vorständen und Schlichtungsausschüssen
der Verwaltungsbezirke der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2025/2029

Zustimmungserklärung

zur Aufnahme in den Wahlvorschlag für die Wahl zum Schlichtungsausschuss des Verwaltungsbezirks _____ der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

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

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

Lfd. Nr. des jeweiligen Wahlvorschlags _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

PLZ, Wohnort _____

Berufsbezeichnung[1] _____

Art und Ort der Tätigkeit[2] _____

EFN oder EFN-Barcode (optional) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____

Datum Unterschrift

1 z. B. Ärztin/Arzt, Fachärztin/Facharzt für ... (Bezeichnung nach der Weiterbildungsordnung)

2 s. Erläuterung „Art der Berufsausübung“