

Einverständniserklärung

für die Wahl zur Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Pfalz 2021

Mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag

für die Wahl zur Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Pfalz bin ich einverstanden.

Umstände, die meine Wählbarkeit ausschließen, sind mir nicht bekannt. Eine Einverständniserklärung für einen anderen Wahlvorschlag habe ich nicht abgegeben.

Name, Vorname

Dienst- oder Privatanschrift

Geburtsdatum

E-Mailadresse

Datum

Unterschrift