

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG für die Ärztekammerwahl Schleswig-Holstein 2018

Hiermit erkläre ich unwiderruflich meine Zustimmung zur **Kandidatur als Delegierte / als Delegierter der Kammerversammlung** auf der Wahlliste „Angestellte und beamtete Ärztinnen und Ärzte / Marburger Bund“

NAME

STRASSE

PLZ / ORT

GEBURTSDATUM

ARBEITGEBER

WAHLKREIS

DATUM / UNTERSCHRIFT

Hiermit erkläre ich unwiderruflich meine Zustimmung zur **Kandidatur als Vertreter/in der/des Delegierten** auf der Wahlliste „Angestellte und beamtete Ärztinnen und Ärzte / Marburger Bund“

NAME

STRASSE

PLZ / ORT

GEBURTSDATUM

ARBEITGEBER

WAHLKREIS

DATUM / UNTERSCHRIFT

Bitte per Post oder Fax senden an:
Marburger Bund Landesverband Schleswig-Holstein
Esmarchstraße 2a, 23795 Bad Segeberg, Fax: 04551 93994,