



E-Mail: Kammerwahl2015@slaek.de
Info: www.slaek.de/kammerwahl2015



Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2015 - 2019

Wahlvorschlag

Wahlkreis _____

(bitte bis spätestens 6. Februar 2015 beim Kreiswahlleiter einreichen!)

Familienname, Vorname*

Geburtsdatum/-ort

Straße

PLZ/Ort

Tel.-Nr.

E-Mail-Adresse

Passfoto
beifügen

Berufsbezeichnung (z. B. Facharzt für ...)

Art und Ort der Berufsausübung

Bitte Rückseite beachten!

Die folgenden Wahlberechtigten* unterstützen den Wahlvorschlag:

* Die Unterstützer des Wahlvorschlages müssen im gleichen Wahlkreis wie der Kandidat wahlberechtigt sein, d. h. im Wahlkreis ihre berufliche Tätigkeit ausüben oder - wenn keine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird - ihren Hauptwohnsitz haben.

Mindestens 5 Wahlberechtigte (einschließlich des Kandidaten selbst) müssen den Wahlvorschlag unterstützen.

	Name, Vorname	(Privat-)Anschrift / Telefon	Unterschrift
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			



E-Mail: Kammerwahl2015@slaek.de
Info: www.slaek.de/kammerwahl2015



Seite 2

Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2015 - 2019

Zustimmungserklärung des Wahlbewerbers gemäß § 11 Abs. 4 der Wahlordnung

Ich bin mit meiner Aufnahme in den Wahlvorschlag einverstanden. Die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung nehme ich an.

Mir ist bewusst, dass diese Zustimmung unwiderruflich ist.

Ort/ Datum

Stempel / Unterschrift des Wahlbewerbers

Fragebogen zur Vorstellung der Kandidaten (zwecks Veröffentlichung im Ärzteblatt Sachsen, der Homepage, den Wahlunterlagen)

Persönliche Angaben	Familienname, Vorname:
	Geburtsjahr:
	Berufsbezeichnung (z. B. Facharzt für ...):
	Art und Ort der Berufsausübung:
Welche ehrenamtlichen Tätigkeiten für den Berufsstand haben Sie bisher ausgeübt?	
Welche berufspolitischen Ziele und Aufgaben streben Sie als Mitglied der Kammerversammlung an?	