

Sächsische Landesärztekammer
Assistenz der Hauptgeschäftsführung
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

Tel.: 0351 8267-414
Fax: 0351 8267-412
E-Mail: kammerwahl@slaek.de

Wahl der Gremien für die Wahlperiode 2023-2027

Kandidatur - Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, in der **Wahlperiode 2023-2027** im/in der

Ausschuss/Kommission/Arbeitsgruppe

.....

ehrenamtlich tätig zu sein.

Persönliche Angaben	Titel, Name, Vorname*):
	Berufsbezeichnung, z. B. Facharzt für ...*):
	Anschrift (dienstlich):
	Anschrift (privat):
	Telefon (dienstlich):
	Telefon (privat):
	Telefon (mobil):
	E-Mail-Adresse:
Welche Ziele und Aufgaben streben Sie als Mitglied des Gremiums an? **) (Angabe in Stichpunkten/max. 250 Zeichen mit Leerzeichen/Vorbehalt der redaktionellen Bearbeitung)	

*) Diese Informationen dienen der Veröffentlichung in den Medien der SLÄK (u. a. Ärzteblatt Sachsen, Homepage, Tätigkeitsbericht).

**) Diese freiwilligen Informationen dienen dazu, Ihre Kandidatur im Rahmen der Wahl/der Berufung zu konkretisieren. Mit Unterzeichnung der Einverständniserklärung erklären Sie sich mit deren Verarbeitung zu dem vorgenannten Zweck einverstanden. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie auf Anfrage beim Datenschutzbeauftragten der SLÄK.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel