



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



Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2015 - 2019

Folgeblatt zum Wahlvorschlag (bei mehreren Wahlbewerbern)

Wahlbewerber Nr.:

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!

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



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



**Fragebogen zur Vorstellung der Kandidaten
(zwecks Veröffentlichung: Ärzteblatt Sachsen, Homepage, Wahlunterlagen)**

Persönliche Angaben	Familiename, 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?	