



E-Mail: [kammerwahl@slaek.de](mailto:kammerwahl@slaek.de)  
Info: [www.slaek.de/kammerwahl](http://www.slaek.de/kammerwahl)



## Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2019 - 2023

### Folgeblatt zum Wahlvorschlag (bei mehreren Wahlbewerbern)

Wahlbewerber Nr.: \_\_\_\_\_ zum Wahlvorschlag von Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße

PLZ/Ort

Tel.-Nr.

E-Mail-Adresse

Foto  
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: [kammerwahl@slaek.de](mailto:kammerwahl@slaek.de)  
Info: [www.slaek.de/kammerwahl](http://www.slaek.de/kammerwahl)



### Fragebogen zur Vorstellung der Kandidaten

Persönliche Angaben	Name, 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? * *	

\*\* ) Diese freiwilligen Informationen dienen dazu, Ihre Kandidatur zu konkretisieren und über die „Persönlichen Angaben“ hinaus in den Medien der SLÄK (u. a. Ärzteblatt Sachsen, Homepage, Wahlunterlagen) veröffentlicht zu werden. Mit Angabe dieser Daten erklären Sie sich mit deren Verarbeitung zu dem vorgenannten Zweck einverstanden. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie auf Anfrage beim Datenschutzbeauftragten der SLÄK.