

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 Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer  
 zu den Deutschen Ärztetagen  
 (Wahlperiode 2023 - 2027)**

**Einverständniserklärung**

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

**Delegierte(r) der Sächsischen Landesärztekammer  
 zu den Deutschen Ärztetagen**

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 Delegierter 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 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