

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 2019 - 2023)**

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, in der **Wahlperiode 2019-2023** 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 zu den Deutschen Ärztetagen an?	

*) Diese Informationen dienen der Veröffentlichung im Tätigkeitsbericht/der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer/der Bundesärztekammer. 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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel