



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



Sächsische Landesärztekammer  
Assistenz der Hauptgeschäftsführung  
Postfach 10 04 65  
01074 Dresden

Tel.: 0351 8267-414  
Fax: 0351 8267-412  
E-Mail: [kammerwahl@slaek.de](mailto:kammerwahl@slaek.de)

## Wahl der Ausschüsse für die Wahlperiode 2019 - 2023

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, in der **Wahlperiode 2019-2023** 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?	

\*) 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