

Ärzte wählen Ärzte – Kandidieren Sie jetzt!



Sollten Sie sich fragen, wie Sie Ihre Kandidatur für die Kammerversammlung, dem Parlament aller sächsischen Ärzte, einbringen, dürfen wir Sie auf nachfolgendes Formular „Wahlvorschlag“ aufmerksam machen. Neben Ihren persönlichen Daten und der Zustimmungserklärung zur Annahme der Kandidatur bedarf es der Unter-

stützung von fünf wahlberechtigten Ärzten des gleichen Wahlkreises, wobei Sie als Wahlbewerber selbst auch unterzeichnen dürfen. Die (freiwillige) Beantwortung des kleinen Fragebogens auf der Rückseite dient Ihrer Vorstellung bei den Wählern. Ihr Wahlvorschlag muss dem Kreiswahlleiter Ihres Wahlkreises bis spätestens 6. Februar

2019 vorliegen. Dessen Kontaktdaten wie im Übrigen auch eine ausfüllbare Version des Wahlvorschlages finden Sie auf unserer Homepage unter www.slaek.de/kammerwahl. ■

Ass. jur. Annette Burkhardt
Landeswahlleiterin
Telefon: 0351 8267-414
E-Mail: kammerwahl@slaek.de

Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2019 – 2023

Wahlvorschlag

Wahlkreis _____

(Bitte bis spätestens 6. Februar 2019 beim Kreiswahlleiter einreichen!)

Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort	Foto beifügen**)
Straße	PLZ/Ort	
Tel.-Nr.	E-Mail-Adresse	
Berufsbezeichnung (z. B. Facharzt für ...)		
Art und Ort der Berufsausübung		

Bitte Rückseite beachten!

Die folgenden wahlberechtigten Ärzte^{*)} unterstützen den Wahlvorschlag:

^{*)} Die Unterstützer des Wahlvorschlages müssen im gleichen Wahlkreis wie der Kandidat wahlberechtigt sein, d. h. im Wahlkreis ihre berufliche Tätigkeit ausüben oder – wenn keine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird – ihren Hauptwohnsitz haben.

Mindestens 5 Wahlberechtigte (einschließlich des Kandidaten selbst) müssen den Wahlvorschlag unterstützen.

	Name, Vorname	(Privat-)Anschrift / Telefon	Unterschrift
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			



E-Mail: kammerwahl@slaek.de
 Info: www.slaek.de/kammerwahl



Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2019 – 2023

**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

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.