

Zustimmungserklärung Bewerber:in

Liste

Bezeichnung der Liste

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, bei den Wahlen zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg als Bewerber:in in den Wahlvorschlag aufgenommen zu werden.

Bewerber:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Berufliche Anschrift

Telefon | Mobilnummer

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift (evtl. Praxisstempel)

Bitte senden Sie die Zustimmungserklärung mit Ihrer Originalunterschrift versehen elektronisch oder auf dem Postwege an die Vertrauensperson Ihrer Liste zurück. Diese reicht dann den gesamten Wahlvorschlag ein.