Zustimmungserklärung

Wahlvorschlag:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Im Rahmen der Wahl zur Kammerversammlung der 10. Legislaturperiode der Landesärztekammer Brandenburg am 25. März 2026 stimme ich meiner Aufnahme als Kandidat/Kandidatin in den obigen Wahlvorschlag zu. Eine Zustimmungserklärung für einen anderen Wahlvorschlag habe ich nicht abgegeben. Mir ist bekannt, dass meine Zustimmung unwiderruflich ist. Umstände, die meine Wählbarkeit ausschließen, sind mir nicht bekannt.

Name, Vorname

Privatanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Dienstort

Mitgliedsnummer LÄKB oder Geburtsdatum

Ort, Datum Unterschrift