

Zustimmungserklärung

Wahlvorschlag: _____

Im Rahmen der Wahl zur Kammerversammlung der 9. Legislaturperiode der Landesärztekammer Brandenburg am 20. Januar 2021 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