

Zustimmungserklärung der Bewerberin / des Bewerbers



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

Bezeichnung der Liste

Name, Vorname des Bewerbers/der Bewerberin

Geburtsdatum

Geburtsort

Berufliche Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift (evtl. Praxisstempel)