

Einverständniserklärung

für die Wahl zur Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Trier 2026

Mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag

für die Wahl zur Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Trier bin ich einverstanden.

Umstände, die meine Wählbarkeit ausschließen, sind mir nicht bekannt. Eine Einverständniserklärung für einen anderen Wahlvorschlag habe ich nicht abgegeben.

Name, Vorname

Dienst- oder Privatanschrift

Geburtsdatum

E-Mailadresse

Datum

Unterschrift