

Einverständniserklärung

**für die Wahl zur Vertreterversammlung der
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz 2026**

Mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag

für die Wahl zur Vertreterversammlung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz bin ich
einverstanden.

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

Name, Vorname

Dienst- oder Privatanschrift

Geburtsdatum

E-Mailadresse

Datum

Unterschrift