

An den Wahlleiter, Herrn Dr. med. Ralf Bitter,
August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

Wahl zur VIII. Kammerversammlung der Ärztammer Mecklenburg-Vorpommern

Listenwahlvorschlag für den Wahlkreis Greifswald

(Es sind mindestens **6** Bewerber vorzuschlagen. Jeder Bewerber hat eine persönliche Zustimmungserklärung abzugeben.)

Für die Wahl werden vorgeschlagen:

Nr.	Familienname, Vorname	Akademischer Grad	Geburtstag	Erworbene oder angestrebte Facharztbezeichnung
01				
02				
03				
04				
05				
06				

Die Wahlvorschläge werden unterstützt von:

(mindestens 20 wahlberechtigte Ärzte aus dem Wahlkreis)

Nr.	Familienname, Vorname (Bitte in Blockschrift)	Unterschrift
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		

Nr.	Familiennamen, Vorname (Bitte in Blockschrift)	Unterschrift
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

An den Wahlleiter
Herrn Dr. med. Ralf Bitter
August-Bebel-Str. 9 a
18055 Rostock

Zustimmungserklärung gegenüber dem Wahlausschuss

Hiermit stimme ich der Aufnahme in den Listenwahlvorschlag für den **Wahlkreis Greifswald** zur Wahl der VIII. Kammerversammlung Mecklenburg – Vorpommern zu.

Familienname, Vorname	Akademischer Grad	Geburtstag	Erworbene oder angestrebte Facharztbezeichnung

Ort: Datum:

Unterschrift: