



ÄRZTEKAMMER MECKLENBURG-VORPOMMERN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

An den Wahlleiter
Herrn Peter Ihle
August-Bebel-Str. 9 a
18055 Rostock

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG GEGENÜBER DEM WAHLAUSSCHUSS

Hiermit stimme ich der Aufnahme in den **Listenwahlvorschlag für den Wahlkreis Müritz** zur Wahl der X. Kammerversammlung Mecklenburg-Vorpommern zu.

Familienname und Vorname	Akademischer Grad	Geburtstag	erworbene oder angestrebte Facharztbezeichnung

Ort, Datum

Unterschrift