



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 Mecklenburg-Strelitz** zur Wahl der X. Kammerversammlung Mecklenburg-Vorpommern zu.

Familienname und Vorname	Akademischer Grad	Geburtstag	erworbene oder angestrebte Facharztbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift