

# **E i n v e r s t ä n d n i s e r k l ä r u n g**

## **für die Wahl der Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes 2024**

## Ich stimme **meiner Kandidatur**

auf der *Liste*:

für die Wahl der Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes 2024 zu.

-----  
Name

Vorname

Titel/akad. Grad

## Straße

PLZ, Ort

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich nur auf o. g. Liste kandidiere und auch nur diese eine Liste unterstütze.

### Datum und Unterschrift

*Hinweis: Dieses Einverständnis gilt gleichzeitig auch als Unterstützungserklärung.*