

**U n t e r s t ü t z u n g s e r k l ä r u n g**  
für die Wahl der Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes 2024

Hiermit unterstütze ich den Wahlvorschlag

der **Liste:**

-----

-----

-----  
Name

-----  
Vorname

-----  
Geburtsdatum

-----  
Straße

-----  
PLZ, Ort (Dienst-oder Privatanschrift)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich **nur eine Liste** unterstütze. Jeder wahlberechtigte Arzt/jede wahlberechtigte Ärztin darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben. Hat jemand mehrere Wahlvorschläge unterschrieben, so bleibt seine Unterschrift bei allen betroffenen Wahlvorschlägen unberücksichtigt.

-----

**Datum und Unterschrift**