



## Einverständniserklärung

**für die Wahl zur Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Pfalz 2026**

Mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag

---

für die Wahl zur Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Pfalz bin ich einverstanden.

Umstände, die meine Wählbarkeit ausschließen, sind mir nicht bekannt. Eine Einverständniserklärung für einen anderen Wahlvorschlag habe ich nicht abgegeben.

---

Name, Vorname

---

Dienst- oder Privatanschrift

---

Geburtsdatum

---

E-Mailadresse

---

Datum

---

Unterschrift