

Unterstützungserklärung

(bitte unterschreiben und per Post an Dr. Horst Schuller, Hauptstraße 43, 2120 Wolkersdorf)

Bitte dieses Feld für Prüfvermerke der Wahlkommission freihalten!

Wahl in die Ärztekammer für N I E D E R Ö S T E R R E I C H

Jahr 2 0 2 2

Wahlkörper für die (Anführung der entsprechenden Sektion oder Kurie)

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Turnusärztinnen und -ärzte

Zur selbständigen Berufsausübung berechnigte ÄrztInnen *

ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und approbierte ÄrztInnen **

Fachärztinnen und -ärzte **

* Angestellte

** Niedergelassene

Fortlaufende Nummer

Der (Die) Gefertigte unterstützt hiermit den Wahlvorschlag lautend auf

Bezeichnung der wahlwerbenden Gruppe

MFG - Liste Horst Schuller

Vor- und Familienname des (der) Unterstützungswilligen

Anschrift des Berufssitzes oder des Dienstortes oder
bei Wohnsitzärzten (Wohnsitzärztinnen) des Wohnsitzes

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eigenhändige Unterschrift