

# 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