

Zustimmungserklärung
gemäß § 6 Abs. 3 der Wahlordnung

Ich stimme meiner Benennung als Kandidat/in im

Wahlvorschlag

.....
Name der Liste

für den Wahlkreis (bitte ankreuzen):

- 1 Bremen (nur KZV-Mitglieder mit Praxisanschrift in der Stadt Bremen)
- 2 Bremerhaven (nur KZV-Mitglieder mit Praxisanschrift in der Stadt Bremerhaven)

zur Wahl der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen
am 30. September 2022 zu.

Ich versichere, dass ich für keinen anderen Wahlvorschlag meine Zustimmung als Kandidat/in
gegeben habe.

Bremen / Bremerhaven, den

.....
Persönliche handschriftliche Unterschrift

Familiename:
Vorname:
Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):