

Wahlvorschlag für die Wahlen zu den Bezirksausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigung 2022

Zugelassene und angestellte Mitglieder

Bezirksstelle Oldenburg

Für die vorbezeichnete Wahl werden folgende Bewerberinnen oder Bewerber vorgeschlagen:

LfdNr	LANR	Familienname	Vorname	Geburtsjahr	Facharztbezeichnung	Praxisort* (mit PLZ)	Nr. des Wählerverz.

Unvollständige Wahlvorschläge dürfen nicht zugelassen werden - bitte beachten Sie daher:

Vergeben Sie die LfdNr in der Reihenfolge in der die Bewerberinnen und Bewerber auf der Liste erscheinen sollen.

Für jede Bewerberin und jeden Bewerber muss eine persönlich unterschriebene - Bewerber/-innenerklärung - eingereicht werden.

Für jeden Wahlvorschlag sind mindestens 10 Unterstützerunterschriften nötig - Liste der Unterstützer/-innen - muss unterschrieben eingereicht werden.

*) Bei angestellten Mitgliedern der Zulassungsort des/der anstellenden Arztes/Ärztin/MVZ

Bezirksstelle Oldenburg

Bewerberin / Bewerber:

LANR

Vorname

Familienname

Praxisort (mit PLZ)

Ich erkläre hiermit,

1. dass ich meiner Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimme und meine Zustimmung zur Aufnahme in einen weiteren Wahlvorschlag nicht erteilt habe,
2. dass mir das aktive und passive Wahlrecht nicht aberkannt worden ist,
3. dass mir keine Tatsachen bekannt sind, die meine Wählbarkeit zu den Bezirksausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigung ausschließen, insbesondere, dass ich nicht Bedienstete/-r einer Behörde bin, welche die Aufsicht über die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen führt.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

Unterstützer/-innen zum Wahlvorschlag (Wahlen der Bezirksausschüsse 2022)

Name der vorgeschlagenen Person: Seitenzahl Unterstützer/-innenliste: Seite von
(bei mehreren Personen auf dem Wahlvorschlag den der Erstgenannten)

Sofern keine Vertrauenspersonen genannt werden, gilt die erstunterzeichnende Person als Vertrauensperson und die zweitunterzeichnende Person als Stellvertretung. Die Vertrauenspersonen erklären, dass sie nicht Vertrauenspersonen für einen weiteren Wahlvorschlag dieser Wahl sind.

Vertrauensperson:
(Name, Vorname, Anschrift) (Unterschrift)

Stellvertretung:
(Name, Vorname, Anschrift) (Unterschrift)

Diesen Wahlvorschlag unterstützen durch ihre Unterschrift folgende (mindestens 10) Wahlberechtigte:

LfdNr	LANR	Familienname	Vorname	Praxisort (mit PLZ)*	Persönl. u. handschrift. Unterschrift
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Unvollständige Wahlvorschläge dürfen nach § 17 Abs. 2 WO-KVN nicht zugelassen werden!

*) Bei angestellten Mitgliedern der Zulassungsort des/der anstellenden Arztes/Ärztin/MVZ

Unterstützer/-innen zum Wahlvorschlag (Wahlen der Bezirksausschüsse 2022)

Name der vorgeschlagenen Person:

(bei mehreren Personen auf dem Wahlvorschlag den der Erstgenannten)

Seitenzahl Unterstützer/-innenliste: Seite von

LfdNr	LANR	Familienname	Vorname	Praxisort (mit PLZ)*	Persönl. u. handschrift. Unterschrift
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

Unvollständige Wahlvorschläge dürfen nach § 17 Abs. 2 WO-KVN nicht zugelassen werden!

*) Bei angestellten Mitgliedern der Zulassungsort des/der anstellenden Arztes/Ärztin/MVZ