

Wahl zur Vertreterversammlung 2016 der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

C. Einverständniserklärung

Wahlvorschlag: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag einverstanden bin.

_____	Praxisadresse/Dienstadresse:
Vorname	_____
_____	Straße
Name	_____
_____	PLZ
Berufs-/Fachgruppenzugehörigkeit	_____
(Bitte in Blockschrift ausfüllen!)	Ort

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift