

Österreichische Apothekerkammer

Wahl des Kammervorstandes und der Delegiertenversammlung

Erklärung als Wahlwerber/in

Name: Apotheke:

Geburtsdatum: Wohnadresse:

.....

Staatsangehörigkeit:

Ich bestätige durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich am

a) die gesetzlichen Voraussetzungen für die Wählbarkeit in den Kammervorstand und die Delegiertenversammlung (siehe Rückseite) erfülle,

und dass

b) kein Wahlausschließungsgrund im Sinne des § 22 Nationalrats-Wahlordnung 1992 vorliegt.

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

.....
Ort und Datum der Ausfertigung

.....
eigenhändige Unterschrift