

WAHLVORSCHLAG

für die Wahl zur Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für die IX. Wahlperiode 2026 – 2031

Wahlkreis:*

☐ NORD☐ SÜD☐ HALLE☐ OST☐ WEST☐ MAGDEBURG

* zutreffenden Wahlkreis bitte ankreuzen

I. Für die Wahl zur Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt werden folgende Bewerberinnen/Bewerber vorgeschlagen:

Ifd. Nr.	Nr. des Wähler- verzeichnisses **	Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)	Geburtstag	Facharzt- oder Funktionsbezeichnung	Wohnung	Anschriften	Arbeitsstätte
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

** Die Nummer des Wahlverzeichnisses wird von der Wahlleiterin eingetragen.

Wahlvorschlag für die Wahl zur Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für die IX. Wahlperiode 2026 – 2031

lfd. Nr.	Nr. des Wähler- verzeichnisses **	Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)	Geburtstag	Facharzt- oder Funktionsbezeichnung	Wohnung	Anschriften	Arbeitsstätte
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							

Hinweise: Der Wahlvorschlag ist bis zum **31.01.2026** bei der Wahlleiterin einzureichen.

Die Änderung oder Ergänzung eines bereits eingereichten Wahlvorschlages ist **nicht zulässig**. Der Wahlvorschlag ist in diesem Fall durch gemeinsame Erklärung der Vertrauensperson und der stellvertretenden Vertrauensperson zurückzunehmen und innerhalb der vorstehenden Frist als neuer Wahlvorschlag einzureichen.
Der Wahlvorschlag einschließlich der den Wahlvorschlag unterstützenden Wahlberechtigten und die Einverständniserklärungen der Bewerber oder Bewerberinnen müssen der Wahlleiterin **im Original** vorliegen.

** Die Nummer des Wahlverzeichnisses wird von der Wahlleiterin eingetragen.

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

Ifd. Nr.	Nr. des Wähler- verzeichnisses **	Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)	ladungsfähige Anschrift	handschriftliche Unterschrift
1.		Vertrauensperson:		
2.		Stellvertretende Vertrauensperson:		
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Hinweise: Die Unterstützer des Wahlvorschlages müssen im Wahlkreis des Bewerbers/der Bewerberin oder der Bewerber wahlberechtigt sein. Ein Wahlberechtigter oder eine Wahlberechtigte darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben. Hat er/sie mehrere Wahlvorschläge unterschrieben, so ist seine/ihre Unterschrift auf **allen** Wahlvorschlägen ungültig. Ein Wahlberechtigter/eine Wahlberechtigte darf nicht Vertrauensperson bzw. stellvertretende Vertrauensperson für mehrere Wahlvorschläge sein und als Vertrauensperson bzw. stellvertretende Vertrauensperson sich nicht selbst um einen Sitz in der Kammerversammlung bewerben.

** Die Nummer des Wahlverzeichnisses wird von der Wahlleiterin eingetragen.

Einverständniserklärung

zur Aufnahme in den Wahlvorschlag für die Wahl zur Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für die IX. Wahlperiode 2026 – 2031

Wahlkreis: * _____ (* zutreffenden Wahlkreis bitte eintragen)

Hiermit erkläre ich, dass

1. ich meiner Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimme und meine Zustimmung zur Aufnahme in einen weiteren Wahlvorschlag nicht erteilt habe,
2. mir das aktive und passive Berufswahlrecht nicht aberkannt worden ist,
3. mir keine Tatsachen bekannt sind, die meine Wählbarkeit zur Kammerversammlung der Ärztekammer ausschließen, insbesondere, dass ich nicht Bediensteter einer Behörde bin, welche Aufsicht über die Kammer führt.

Ort, Datum

Vor- und Zuname (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Einverständniserklärung

zur Veröffentlichung personenbezogener Daten

Mit der Veröffentlichung meines Bildes sowie meiner personenbezogenen Daten (Vor- und Zuname; Facharzt- und/oder Funktionsbezeichnung, Dienstort/Arbeitsstätte, Mitgliedschaft in den Organen der Kammer) im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt und auf den Internetseiten der Ärztekammer Sachsen-Anhalt unter www.aeksa.de bin ich einverstanden.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ Ja, ich bin einverstanden.

☐ Bild ist/wird an wahl@aeksa.de übermittelt.

☐ Veröffentlichung ohne Bild.

☐ Nein, ich bin mit der Veröffentlichung nicht einverstanden.

Mir ist bewusst, dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne die Nennung von Gründen schriftlich bei der Ärztekammer Sachsen-Anhalt widerrufen kann. Das Einverständnis ist freiwillig. Wenn ich das Einverständnis nicht erteile oder widerrufe, entstehen mir keine Nachteile. Bis zum Widerruf meines Einverständnisses erfolgte Verarbeitungen aufgrund meines Einverständnisses bleiben rechtmäßig.

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Bei einer Veröffentlichung im Internet können die personenbezogenen Daten (einschließlich Fotos) weltweit abgerufen und gespeichert werden. Die Daten können damit etwa auch über sogenannte „Suchmaschinen“ aufgerufen werden. Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass andere Personen oder Unternehmen die Daten im Weiteren im Internet verfügbaren personenbezogenen Daten verknüpfen oder ein Abruf in einem Drittland erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift