

**Zustimmungserklärung zur Aufnahme in den Wahlvorschlag  
für die Wahl zur Kammerversammlung  
der Zahnärztekammer Nordrhein am 2. Dezember 2024**

**Wahlkreis Regierungsbezirk Düsseldorf**

Wahlvorschlag (Bezeichnung der Liste; bei Einzelwahlvorschlag: Name Bewerber/in)

**Essen, Abert, Holfeld, Hagen, FVDZ**

Hiermit stimme ich gemäß § 11 Abs. 2 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern (Wahlordnung) der Aufnahme als Bewerberin/Bewerber in den zuvor genannten Wahlvorschlag zu. Ich versichere, dass ich für keinen anderen Wahlvorschlag meine Zustimmung zur Aufnahme als Bewerberin/Bewerber gegeben habe. Mir ist bekannt, dass meine Zustimmung unwiderruflich ist. Umstände, die meine Wählbarkeit ausschließen, sind mir nicht bekannt. Ich bin in dem Wahlkreis, für den der Wahlvorschlag eingereicht wird, zur Kammerversammlung wahlberechtigt.

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Bitte geben Sie Ihre Mitgliedsnummer zur Verwaltungsvereinfachung an:**

Berufsbezeichnung (*Entsprechendes bitte ankreuzen*):

Zahnärztin/Zahnarzt

oder ggf. Bezeichnung nach § 33 Heilberufsgesetz NRW/Weiterbildungsordnung:

Fachzahnärztin für / Fachzahnarzt für \_\_\_\_\_

Art der Berufsausübung (*Entsprechendes bitte ankreuzen*):

niedergelassen / selbständig

angestellt / beamtet

ohne zahnärztliche Berufstätigkeit

Ort der Berufsausübung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Laufende Nummer der Bewerberin/ des Bewerbers auf dem Wahlvorschlag:**