

Faxnummer: 040 22802 -420

Praxisstempel

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Landeswahlausschuss  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

## Anlage: Erklärung zur Annahme der Wahl

gemäß § 6 der Wahlordnung der KVH

Bei dem eingereichten Wahlvorschlag handelt es sich um:

### Einzelwahlvorschlag

(ausschließlich ein Kandidat/eine Kandidatin)

- Arzt/Ärztin
- Psychotherapeut/Psychotherapeutin
- Kreis

### Listenwahlvorschlag

(mehr als ein Kandidat/eine Kandidatin)

- Ärzte/Ärztinnen
- Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen
- Kreis

### Bezeichnung des Wahlvorschlages

LANR (1. - 7. Stelle)

--	--	--	--	--	--	--

Titel, Vorname, Name

Ich erkläre hiermit, dass ich zur Annahme der Wahl bereit bin und dass mir Umstände, die meine Wählbarkeit nach § 3 der Wahlordnung der KVH ausschließen, nicht bekannt sind. Weiterhin erkläre ich, dass ich lediglich für einen Wahlvorschlag kandidiere.

Hamburg, den

Unterschrift Kandidat/Kandidatin