

# Zustimmungserklärung

## zum Wahlvorschlag

---

### (Bezeichnung des Wahlvorschlages einschließlich der nachgenannten Repräsentanten)

§ 11 Abs. 1 Sätze 4-6 der Wahlordnung: Ein Listenvorschlag muss eine Kurzbezeichnung (Kennwort) enthalten, die bis zu fünf Wörter umfassen darf. Die Kurzbezeichnung darf nicht den Namen einer Partei im Sinne von Artikel 21 des Grundgesetzes oder deren Kurzbezeichnung enthalten.

Sie darf nicht eine Ziffer, eine Zahl oder einen einzelnen Buchstaben enthalten.

.....  
Repräsentant/in: Name, Vorname, Privatanschrift, Berufsbezeichnung, Art und Ort der Berufsausübung

.....  
Repräsentant/in: Name, Vorname, Privatanschrift, Berufsbezeichnung, Art und Ort der Berufsausübung

.....  
Repräsentant/in: Name, Vorname, Privatanschrift, Berufsbezeichnung, Art und Ort der Berufsausübung

.....  
Repräsentant/in: Name, Vorname, Privatanschrift, Berufsbezeichnung, Art und Ort der Berufsausübung

.....  
Repräsentant/in: Name, Vorname, Privatanschrift, Berufsbezeichnung, Art und Ort der Berufsausübung

## für die Wahl zur Kammerversammlung der Apothekerkammer Nordrhein am Freitag, den 20. Juni 2024

### Wahlkreis Düsseldorf / Köln \*)

Gemäß § 11 Absatz 2 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern stimme ich hiermit meiner Benennung als Bewerberin oder als Bewerber für den obigen Wahlvorschlag zu. Ich versichere, dass ich für keinen anderen Wahlvorschlag meine Zustimmung zur Benennung als Bewerberin oder als 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. Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Repräsentanten des Wahlvorschlags über meine Platzierung auf der Liste in ihrer endgültigen Fassung entscheiden. Mir ist bekannt, dass die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung der ausdrücklichen Annahme durch mich bedarf.

### Notwendige Angaben für die Aufnahme in den Wahlvorschlag

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

**Blankunterschriften auf Formblättern, die keine Bezeichnung des Wahlvorschlags und keine Kennzeichnung der Repräsentanten enthalten, sind unzulässig und gefährden die Rechtmäßigkeit der gesamten Wahl!**

Familienname: .....

Vorname: .....

#### Privatanschrift

Straße: .....

Postleitzahl/Wohnort: .....

Berufsbezeichnung: .....

Art und Ort der Berufsausübung:\*\*) .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Persönliche eigenhändige Unterschrift

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen!

\*\*) z.B. - Leiter/in der X-Apotheke in Y-Stadt  
- Mitarbeiter/in in der X-Apotheke in Y-Stadt  
- Leiter/in der Apotheke im X-Krankenhaus in Y-Stadt  
- WIV-Apotheker/in, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf  
- Apotheker/in in Ruhe (AiR)