

Wählergruppe:  KVB-Mitglieder Ärzte  
(bitte auswählen)  KVB-Mitglieder Psychotherapeuten

**Kandidat:**

(bitte gut lesbar ausfüllen)

Familienname .....

Vorname .....

Niederlassungs-/  
Beschäftigungsort  
(vollständige Adresse) .....

**Kandidaten-Erklärung**

gem. § 8 Abs. 7 WahIO

Ich stimme meiner Aufnahme in den Wahlvorschlag mit dem Listennamen „LISTE BAYERISCHER ÄRZTENETZE“ für die Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Amtsperiode 2023-2028) zu.

Mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Wahl bin ich einverstanden.

Ich bin zur Kandidatur und im Falle meiner Wahl zur Annahme der Wahl bereit. Umstände, die meine Wählbarkeit ausschließen, sind mir nicht bekannt.

.....  
Ort/ Datum

.....  
Unterschrift des Kandidaten