



Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu

ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław

OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA WE WROCŁAWIU

KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA DELEGATA NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

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

imię kandydata

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

nazwisko kandydata

☐

LEKARZ

☐

LEKARZ DENTYSTA

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

nr prawa wykonywania zawodu

Kandydat na delegata na okręgowy zjazd lekarzy kadencji

w rejonie wyborczym nr nazwa

Wyrażam zgodę na kandydowanie na delegata na okręgowy zjazd lekarzy kadencji
w rejonie wyborczym nr nazwa
oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie i publikowanie moich danych osobowych przez okręgową komisję wyborczą,
w zakresie i na zasadach określonych w regulaminie wyborów.

.....

podpis

Oświadczam, że nie jestem karany oraz że nie istnieją okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej i
innych przepisów stanowią przeszkodę w pełnieniu mandatu delegata.

.....

podpis



Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu

ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław

OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA WE WROCŁAWIU

* nie wypełniać jeżeli kandydat zgłasza się osobiście

Zgłaszający*:

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

imię

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

nazwisko

☐

LEKARZ

☐

LEKARZ DENTYSTA

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

nr prawa wykonywania zawodu

członek rejonu wyborczego nr, nazwa

.....

pieczętka lekarska, podpis zgłaszającego