

imię kandydata

nazwisko kandydata

nr prawa wykonywania zawodu kandydata

Wyrażam zgodę na kandydowanie na delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji w rejonie wyborczym nr K10/.....
.....
oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie i publikowanie moich danych osobowych przez
Okręgową Komisję Wyborczą w Częstochowie, w zakresie i na zasadach określonych w regulaminie wyborów.
..... podpis kandydata

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 kandydata

(proszę wypełnić pola poniżej również w przypadku zgłaszania swojej osoby, jako kandydata)

imię zgłaszającego

nazwisko zgłaszającego

nr prawa wykonywania zawodu	
-----------------------------	--

członek rejonu wyborczego nr K10/....., nazwa

pieczęć lekarska, podpis zgłaszającego

Kartę zgłoszenia kandydata należy przekazać Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie drogą mailową, pocztą lub złożyć osobiście w siedzibie Izby w Częstochowie do dnia przewidzianego w Regulaminie wyborów.