

Wahlvorstandsamt

Vertrauensperson der Schwerbehinderten

Name, Vorname

Tel.

ANNAHME/ABLEHNUNG DES AMTES ALS WAHLVORSTAND FÜR DIE WAHL DER SCHWERBEHINDERTENVERTRETUNG

- Ich nehme das Amt als stellvertretende/r/Vorsitzende/r/Mitglied des Wahlvorstands an.
- Ich lehne das Amt als stellvertretende/r/Vorsitzende/r/Mitglied des Wahlvorstands ab.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift