Wahlvorstand

Wahl zur Schwerbehindertenvertretung

Betrieb/Dienststelle: .........................................

................................................

 (Ort, Datum)

Frau/Herrn

…………..…………………………………….

…………..…………………………………….

…………..…………………………………….

**Bestätigung des Eingangs des Wahlvorschlags**

Sehr geehrte/r Frau/Herr …………..……………………,

wir bestätigen hiermit, dass Ihr Wahlvorschlag am \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_ um \_\_\_\_.\_\_\_\_ Uhr beim Wahlvorstand eingereicht worden ist.

Mit freundlichen Grüßen

………………………………………………….

(Unterschrift)