\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer

**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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen