



An die
Wahlleitung
Herrn Cord Weber
Haus 1, Raum 27
Telefon: 0451/31011058
Telefax: 0451/31011004

Listenname:

Listenvorschlag für die Wahl der studentischen Mitglieder im

- Studierendenparlament (StuPa)
- Fachschaft Medizin und Gesundheit (FS MED)
- Fachschaft Mathematik/Informatik (FS Maln)
- Fachschaft Naturwissenschaften/Technik (FS ANT)
- Fachschaft Psychologie (FS PSY)

Wir schlagen die im beigefügten Listenvorschlag aufgeführten Kandidatinnen und Kandidaten zur Wahl vor:

	Unterschriften des Vorschlagenden	Namen, Vornamen in Druckbuchstaben	Studiengang und Semester	Matrikelnummer	Ort, Datum
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Männer und Frauen sind zu gleichen Teilen zu berücksichtigen. Abweichungen hiervon sind (ggf. unter Beifügung eines separaten Blattes) zu begründen:

Rückfragen zu diesem Wahlvorschlag richten Sie bitte an:

Name:

Tel.:

E-Mail:



KandidatInnen-Liste 2020

Listenname:

Nr.	Familienname, Vorname	Anschrift	Matrikelnummer	E-Mail-Adresse	Studiengang	Semester	Telefonnummer (für Rückfragen)	Ja, ich will kandidieren: Unterschrift
01						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
02						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
03						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
04						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
05						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		



KandidatInnen-Liste 2020

Listenname:

Nr.	Familienname, Vorname	Anschrift	Matrikelnummer	E-Mail-Adresse	Studiengang	Semester	Telefonnummer (für Rückfragen)	Ja, ich will kandidieren: Unterschrift
06						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
07						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
08						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
09						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
10						<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		



KandidatInnen-Liste 2020

Listenname:

Nr.	Familienname, Vorname	Anschrift	Matrikelnummer	E-Mail-Adresse	Studiengang	Semester	Telefonnummer (für Rückfragen)	Ja, ich will kandidieren: Unterschrift
11						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
12						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
13						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
14						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
15						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		