



An den
Wahlausschuss der Studierendenschaft
Gebäude 24a
Telefon: 0451/3101 1971

E-Mail: wahl@stupa.uni-luebeck.de

Vorschlag für die Wahl der **studentischen Mitglieder** im

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

Ich/Wir schlage/n die im beigefügten Formular aufgeführten Kandidierenden zur Wahl vor:

	Unterschriften der Vorschlagenden	Namen, Vornamen in Druckbuchstaben	Studiengang und Semester	Matrikelnummer	Ort, Datum
1.					
2.					

Es besteht die Möglichkeit, nur eine Kandidierende oder einen Kandidierenden vorzuschlagen.

Rückfragen zu diesem Wahlvorschlag richten Sie bitte an:

Name: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____



Kandidierende

Familiennamen, Vorname	Anschriфт	Matrikel- nummer	E-Mail-Adresse	Studiengang	Semester	Telefonnummer (für Rückfragen)	Ja, ich will kandidieren: Unterschrift
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		



Kandidierende

Familiename, Vorname	Anschrift	Matrikel- nummer	E-Mail-Adresse	Studiengang	Semester	Telefonnummer (für Rückfragen)	Ja, ich will kandidieren: Unterschrift
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		



Kandidierende

Familiename, Vorname	Anschrift	Matrikel- nummer	E-Mail-Adresse	Studiengang	Semester	Telefonnummer (für Rückfragen)	Ja, ich will kandidieren: Unterschrift
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		
					<hr/> <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Vorklinik <input type="checkbox"/> Klinik		