



## Fullmäktigeval 21.10–12.11.2024

### Anmälan om kandidatur

Jag undertecknad i fullmäktigevalet röstberättigad

Medlem  
Studerandemedlem

i Suomen Hammaslääkäriliitto – Finlands Tandläkarförbund r.y. ber att den bifogade anmälan om kandidatur förs in på kandidatlistan.

#### VALKRETS (Välj ett alternativ)

1. valkretsen (fasta Finland och utomlands bosatta)
2. valkretsen (Landskapet Åland)
3. valkretsen (odontologie studerande)

#### UPPGIFTER OM KANDIDATEN

Efternamn och förnamn

---

Hemort X/universitet X

I anmälan om kandidatur kan valspråket antecknas (inte obligatoriskt)

---

X Jag ger mitt samtycke till kandidaturen och försäkrar att jag inte har ställt upp som kandidat för ett annat valombud i valet. Jag ger mitt samtycke till att uppgifterna får lämnas ut till andra kandidater och valombud och att de får publiceras i Tandläkartidningen och på valsidorna.

Kandidatens underskrift och namnförtydligande \_\_\_\_\_

#### UPPGIFTER OM VALOMBUDET

Valombudets namn

---

Hemort /universitet

Adress \_\_\_\_\_

E-postadress \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum och underskrift

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2024

Jag ger mitt samtycke till att uppgifterna får lämnas ut till andra kandidater och valombud och att kontaktuppgifterna får publiceras på valsidorna.

Anvisning till ombudet:

- Skaffa kandidatens samtycke och underskrift
- Fyll i och skriv ut anmälan om kandidatur och skicka den undertecknad till valnämnden **senast 22.9.2024** per e-post [valtuustovaali@hammaslaakariliitto.fi](mailto:valtuustovaali@hammaslaakariliitto.fi)