

Absender:

Stadt Reinbek  
Fachbereich Bürgerangelegenheiten  
Soziale Leistungen  
Hamburger Str. 5-7  
21465 Reinbek

**Wahlvorschlag für die Wahl des Behindertenbeirats  
der Stadt Reinbek am 15. März 2022**

Als Kandidatin / Kandidat für die Wahl des Behindertenbeirats wird vorgeschlagen / schlägt sich vor

---

Name Vorname

---

Anschrift Geburtsdatum

---

Telefon Fax E-Mail

---

Datum, Unterschrift

Erklärung der/des Vorgeschlagenen:

Zur Wahl des Behindertenbeirats der Stadt Reinbek stehe ich als Kandidatin / Kandidat zur Verfügung. Im Falle meiner Wahl nehme ich das Amt an.

Ich bin **nicht** Mitglied der Stadtverordnetenversammlung oder bürgerliches Mitglied eines Ausschusses der Stadtverordnetenversammlung.

Ich bin **nicht** Mitarbeiter\*in der Stadtverwaltung Reinbek.

---

Datum, Unterschrift der Kandidatin / des Kandidaten