Blatt Nummer: ……..

Formblatt für Unterstützungsunterschriften zum Wahlvorschlag von

der Partei oder Wählergruppe

_____

für die

☐ **Wahl der Stadtratsmitglieder der Stadt Dingelstädt am 26.05.2024**

☐ **Wahl der Ortschaftsratsmitglieder der Ortschaft_____ am 26.05.2024**

Lfd. Nr.	Nachname, Vorname, Geburtsdatum Anschrift der Unterzeichner	Persönliche **und** handschriftliche Unterschrift

Wahlberechtigung geprüft: Datum: ……..

(bitte unbedingt ausfüllen) Unterschrift: ……..

Stempel Stadt Dingelstädt: ……..