**W ä h l e r l i s t e der ……………………**

für die Wahl der Mitarbeitervertretung der/des .­........................................ am ............................;

die nicht Wählbaren sind besonders gekennzeichnet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lfd. Nr. | N a m e, Vorname | nicht wählbar |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |