Abstimmungsverzeichnis

für die Wahl der **Behindertenvertrauensperson und StellvertreterIn(nen)**

des Betriebes

Fortl. Zahl	Zuname	Vorname	Fortl. Zahl der WählerInnenliste	Anmerkung

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....
Vorsitzende/r Wahlvorstand