

Fragebogen für die Kandidatinnen/Kandidaten für die Wahl der sorbischen/wendischen Vertreterinnen/Vertreter des Landes Brandenburg für den Rat der Stiftung für das sorbische Volk

Name	
Vorname	
Geboren am	
Adresse	
E-Mail	
Telefon	
Gruppe/Organisation/ Person, welche vorschlägt	
Anmerkungen	

Ich bin einverstanden bei den Wahlen der sorbischen/wendischen Vertreterinnen/Vertreter für den Rat der Stiftung für das sorbische Volk für die Periode 2019-2023 zu kandidieren.

Ort/Datum

Unterschrift