

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Mitwirkung im Zusammenschluss:



Landesarbeitsgemeinschaft Sachsen

Bundesarbeitsgemeinschaft

Meine freiwillige Mitwirkung ist unbefristet. Sollte ich den Zusammenschluss verlassen, informiere ich die Verantwortlichen rechtzeitig.

Persönliche Angaben:

Name: _____

Vorname(n): _____

geboren am: _____

**Anschrift
(Hauptwohnung)** _____

**Postanschrift
(abweichend)** _____

Telefon: _____

eMail: _____

Ich bin Mitglied der Partei DIE LINKE
Mitgliedsnummer: _____

Ich gehöre folgender Partei an: _____

Ich gehöre keiner politischen Partei an.

Ort und Datum

Unterschrift

Die Angaben in dieser Erklärung dienen der Nachweisführung meiner Mitwirkung und werden von der Partei DIE LINKE, insbesondere dem Landesverband Sachsen und seinen Gliederungen, entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert, verarbeitet, übermittelt und aufbewahrt.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift dazu mein Einverständnis:

Ort und Datum

Unterschrift