

**Erklärung**  
**(ACHTUNG: bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Landesverband:

Adresse:

Telefon;

e-mail:

Hiermit erkläre ich als Mitglied / Nichtmitglied (bitte Zutreffendes markieren) der Partei **DIE LINKE**. meine Zugehörigkeit zum Zusammenschluss **BAG Gesundheit und Soziales** der Partei **DIE LINKE**.

Datum:

Unterschrift:

**Bitte zurück an:**  
KV **DIE LINKE**  
c/o Dr. Marianne Linke  
Heinrich-Heine-Ring 123  
18435 Stralsund