

Erklärung

[ACHTUNG: bitte Druckbuchstaben]

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Land:

Adresse:

Telefon;

e-mail:

Hiermit erkläre ich als Nichtmitglied der Partei **DIE LINKE.** meine Bereitschaft zur Mitarbeit in der **BAG Gesundheit und Soziales** der Partei **DIE LINKE.** gem. § 2 Abs. 3 der Satzung.

Datum:

Unterschrift:

Postanschrift: Dr. Marianne Linke, MdL
Dr. Hans-Wolf-Straße 65
19055 Schwerin
marianne.linke@web.de
0163 796 2970