

Erklärung

[ACHTUNG: bitte Druckbuchstaben]

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Mitglied im Landesverband:

Adresse:

Telefon;

e-mail:

Hiermit erkläre ich als Mitglied der Partei **DIE LINKE.** meine Zugehörigkeit zum Zusammenschluss **BAG Gesundheit und Soziales** der Partei **DIE LINKE.**

Datum:

Unterschrift:

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