

Mitwirkungserklärung

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Mitwirkung im Zusammenschluss:

LAG Hochschulpolitik

- LAG
 BAG

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

Persönliche Angaben:

Name: _____

Vorname(n): _____

geboren am: _____

Straße, Hausnummer:
(Hauptwohnung) _____

Postleitzahl, Wohnort:
(Hauptwohnung) _____

Ortsteil:
(Hauptwohnung) _____

abweichende
Postanschrift: _____

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