

## Mitwirkungserklärung

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Mitwirkung im Zusammenschluss:

<b>Hartz IV</b>	<input type="checkbox"/> LAG <input type="checkbox"/> 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
---------------	--------------