

# Mitwirkungserklärung

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Mitwirkung im Zusammenschluss:

Bitte hier die LWZ/LAG eintragen (bitte 1 Formular pro LWZ/LAG):

- Landesarbeitsgemeinschaft (LAG)  
 Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG)

## Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer:  
(Hauptwohnung) \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort:  
(Hauptwohnung) \_\_\_\_\_

Ortsteil:  
(Hauptwohnung) \_\_\_\_\_

abweichende Postanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied der Partei DIE LINKE

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Ich gehöre folgender Partei an:

Ich gehöre keiner politischen Partei an.

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

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. Dazu erkläre ich mein Einverständnis.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum