

## Mitgliedschaftserklärung

Hiermit erkläre ich meine freiwillige, unbefristete wie beitragsfreie Mitgliedschaft im Zusammenschluss der Landesarbeitsgemeinschaft SozialeGesund Brandenburg ( LAG SozialGesund BB). Als LAG-Mitglied bin ich automatisch auch Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Soziales in und bei der Partei DIE LINKE (BAG GesSoz ) – mit persönlichen Rechten laut Satzung. Sollte ich meine Mitgliedschaft beenden, informiere ich schriftlich die SprecherInnen der LAG SozialGesund Brandenburg, alternativ auch die BAG Gesundheit und Soziales.

Im sorgsamem Umgang mit personenbezogenen Daten kommen die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zur Anwendung.

**(Bitte gut lesbar ausfüllen)**

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

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Kein Mitglied einer Partei\*:**  [ ]

**Ich bin Mitglied der Partei DIE LINKE:**  [ ] **Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_

**Landesverband / Kreisverband** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

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

**Der internen Weitergabe meine Kontaktdaten stimme ich bis auf Widerruf zu.  ja  nein**

**\*Parteilos**

Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt in eine Partei eintreten, werde ich die SprecherInnen der LAG SozialGesund BB, schriftlich in Kenntnis setzen.

**\*\*Bestätigung der Teilnahme E-Mail-Verfahren**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir sämtliche Informationen, Protokolle, Einladungen und sonstiger Schriftverkehr – ausgenommen Urabstimmungen – an die hier angegebene E-Mail-Adresse bis auf schriftlichen Widerruf an den SprecherInnenRat elektronisch übermittelt werden soll.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Mitgliedschaftserklärung bitte postalisch oder per E-Mail senden an:**

**LAG SozialGesund Brandenburg, DIE LINKE. POTSDAM, Dortustraße 53, 14467 Potsdam oder per E-Mail an lag-sozialgesund@dielinke-brandenburg.de**

