

## Erklärung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Mitglied im Landesverband:

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

Datum:

Unterschrift: