



# Eintrittserklärung

in die Landesarbeitsgemeinschaft  
Karl-Liebknecht-Kreis Brandenburg  
bei der Partei DIE LINKE. Brandenburg

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Straße:

Postleitzahl:

Telefon:

E-Mail:

Mitglied in der Partei DIE LINKE

Ja

Nein

Landesverband:

Kreisverband:

Parteifunktionen:

Sonstige Funktionen:

Datum:

Unterschrift: