

## Änderungsantrag

### **Ansprechpartner:**

Michael Degel ▪ Mitgliederbetreuung ▪ Mornewegstr. 15 ▪ 64293 Darmstadt ☎ (06151) 3606-124  
Fax:(06151) 3606-199 ▪ E-Mail: [mitgliederservice@drk-darmstadt.de](mailto:mitgliederservice@drk-darmstadt.de) ▪ Internet: [www.drk-darmstadt.de](http://www.drk-darmstadt.de)

### Änderungserklärung (**bei bestehender Mitgliedschaft**)

Hiermit möchte ich, meinen Beitrag ab.....(Datum) ändern.

**Monatl.Beitrag bisher:.....€**

**Monatl.Beitrag neu:.....€**

### **Meine persönlichen Daten: (Adressen/Zahlungsänderung)**

Herr

Frau

Geburtsdatum:.....

Name:.....

Die Abbuchung des Beitrags erfolgt:

Vorname:.....

jährlich

Straße/Nr:.....

halbjährlich

PLZ, Ort:.....

vierteljährlich

Telefon:.....

monatlich

Mandanten Nr: .....

Die Änderungserklärung hat solange Gültigkeit, bis ich sie dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Darmstadt-Stadt e.V. gegenüber schriftlich widerrufe.

Datum:..... Unterschrift:.....

**Selbstzahler:**  Bitte schicken Sie mir eine Zahlkarte an meine o.g. Adresse

### **Einzugsermächtigung: (Kontoänderung)**

Hiermit ermächtige ich das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Darmstadt-Stadt e.V. bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Konto-Nr:.....

Bankleitzahl:.....

IBAN: DE.....

BIC: .....

Kreditinstitut:.....

Kontoinhaber: .....

Datum:.....

Unterschrift:.....

(Kontoinhaber bzw. Bevollmächtigter)

Hinweis: Ihr Beitrag ist im Rahmen des § 10 b des EstG steuerlich absetzbar.

Alle Angaben werden gemäß Bundesdatenschutz erfasst, verarbeitet und gespeichert.

Zutreffendes bitte ankreuzen / ausfüllen und an den DRK KV Darmstadt-Stadt e.V. faxen oder schicken.