

Wichtiger Hinweis:

Dieses Formular gilt nur für Mitgliedschaften im **DRK Kreisverband Darmstadt-Stadt e.V.**
Die Adressen anderer DRK-Kreisverbände finden Sie unter <http://www.drk.de/adressen/>

Fax-Nr. (06151)-3606-199

E-Mail: mitgliederservice@drk-darmstadt.de

DRK Kreisverband Darmstadt-Stadt e.V.
Mitgliederbetreuung / Michael Degel
Mornewegstr. 15
64293 Darmstadt

Hiermit möchte ich meine Mitgliedschaft im
DRK KV Darmstadt-Stadt e.V. ab dem _____ beenden.

Meine Mitgliedsnummer: 6270608
(Bitte Mitgliedsnummer ergänzen)

Widerruf verstorbene Fördermitglied sonstiges

Meine persönlichen Daten:

Frau Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

email:

Die Abbuchung meines Beitrages erfolgte:

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Ort, Datum Unterschrift

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