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 / Stephanie Aurelia Staab
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 ☐ verstorbenes 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.