

Änderungsantrag

Ansprechpartnerin:

Stephanie Aurelia Staab ▪ Mitgliederbetreuung
DRK-Kreisverband Darmstadt-Stadt e. V. Mornewegstr. 15 ▪ 64293 Darmstadt
Telefon: (06151) 3606-195 ▪ Fax: (06151) 3606-199
E-Mail: mitgliederservice@drk-darmstadt.de ▪ Internet: 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:.....

Vorname:.....

Straße/Nr:.....

PLZ, Ort:.....

Telefon:.....

Mandanten Nr:

Die Abbuchung des Beitrags erfolgt:

☐ jährlich

☐ halbjährlich

☐ vierteljährlich

☐ monatlich

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.

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.