

Musterstadt, den XX.XX.20XX

**Ärzte ohne Grenzen**  
Am Köllnischen Park 1  
10179 Berlin

Maria Mustermann  
Mustergasse 2  
32100 Musterstadt

**Kündigung meiner Fördermitgliedschaft / Dauerspende an Ärzte ohne Grenzen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Fördermitgliedschaft / Dauerspende an Ärzte ohne Grenzen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Die Spendernummer lautet: A123456.

Das Ihnen erteilte Lastschriftmandat widerrufe ich zum gleichen Zeitpunkt.

Bitte lassen Sie mir eine schriftliche Kündigungsbestätigung mit Angabe des Beendigungstermins zukommen.

Mit freundlichen Grüßen

M.Mustermann  
Maria Mustermann