



Deutsche Cochlear Implant
Gesellschaft e.V.

Mitgliedsaufnahmeantrag

Bitte wählen Sie einen Regionalverband. Falls in Ihrer Region
noch kein Regionalverband existiert, wählen Sie bitte den Dachverband:

- Bayerischer Cochlear Implant Verband e.V. – BayCIV (€ 46 /Jahr)
- Berlin-Brandenburgische Cochlear Implant Gesellschaft e.V. – BBCIG (€ 40 /Jahr)
- Cochlear Implant Verband Baden-Württemberg e.V. – CIV-BW (€ 50 /Jahr)
- Cochlear Implant Verband Hessen-Rhein-Main e.V. – CIV-HRM (€ 46 /Jahr)
- Cochlear Implant Verband Nord e.V. – CIV Nord (Schleswig Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen) (€ 46 /Jahr)
- Cochlear Implant Verband NRW e.V. – CIV NRW (€ 46 /Jahr)
- Cochlear Implant Verband Mitteldeutschland e.V. – CIV MD (€ 46 /Jahr)
- Gesellschaft für Integrative Hörrehabilitation e.V. – GIH (€ 20 /Jahr)
- „Kleine Lauscher“, Elterninitiative zur lautsprachlichen Förderung hörgeschädigter Kinder e.V. (€ 48 /Jahr)
- Verein der Eltern und Freunde hörgeschädigter Kinder in Südniedersachsen e.V. (€ 60 /Jahr)
- Dachverband Deutsche Cochlear Implant Gesellschaft e.V. – DCIG (€ 46 /Jahr)

Name: Vorname:

Straße: PLZ, Ort:

Tel.: Fax: E-Mail:

geb. am: CI am: Beruf:

(Nichtzutreffendes bitte streichen!)

CI-Träger: ja / nein Sorgeberechtigter eines CI-Kindes: ja / nein

Name des CI-Kindes: geb. am: CI am:

Berufliche oder sonstige Tätigkeit im medizinisch/rechtlichen Bereich des CIs: ja / nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten innerhalb der DCIG, einschließlich Regionalverbände,
weitergegeben werden können.

.....
Datum Ort Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug des Beitrages mittels Lastschrift

Mitgliedsbeitrag € / Jahr (Schnecke-Abo im Beitrag enthalten. Das bestehende Schnecke-Abo kann mit
Beitritt aufgelöst werden, gezahlte Beträge werden verrechnet.) Freiwillig erhöhte Beiträge sind sehr willkommen!
Aus Kosten- und Organisationsgründen bitten wir nachdrücklich um die Erteilung einer Einzugsermächtigung mittels
Lastschrift. Hiermit ermächtige ich die DCIG widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen

in Höhe von € jährlich bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos bei der

Bank/Sparkasse

Konto-Nr.: BLZ: mittels Lastschrift einzuziehen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten innerhalb der DCIG, einschließlich Regionalverbände,
weitergegeben werden können.

.....
Datum Ort Unterschrift

Aus dem Ausland ist kein Bankeinzug möglich, zahlen Sie bitte per Postanweisung oder per Euro-Scheck!
Für Mehrkosten, die durch Rücklastschriften verursacht werden (z.B. falsche Konto-Nr.) trägt das Mitglied die Kosten.