

Mitglieds-Aufnahmeantrag

für die Mitgliedschaft im **CIV-BaWü e. V.** und der **DCIG**,
einschließlich einem Abo von CIVrund und Schnecke



Cochlea Implantat Verband
Baden-Württemberg e.V.

Name, Vorname _____ geb. am _____

Straße/Nr. _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____ Tel./Fax _____

CI-OPs am _____ Ort der OPs _____

Nachsorgeort _____ CI-Typ _____

Berufliche oder sonstige Tätigkeit im medizinischen/rechtlichen Bereich des Cls: ja nein

Ich bin Sorgeberechtigter eines Cl-Kindes: ja nein

Name Cl-Kind _____ geb. am _____

CI-OPs am _____ Ort der OPs _____

Nachsorgeort _____ CI-Typ _____

Ort, Datum _____ **1. Unterschrift** _____

↗ (für die Mitgliedschaft, ggf. gesetzl. Vertreter)

- | | | |
|---|---------------|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft | 50,00 € /Jahr | (für freiwillig erhöhte Beiträge
bedanken wir uns herzlich) |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft * | 80,00 € /Jahr | |
| <input type="checkbox"/> Sozialtarif ** | 35,00 € /Jahr | |

* (bitte für jedes Mitglied einen eigenen Aufnahmeantrag ausfüllen)

** (für Schüler, Studenten, Sozialhilfeempfänger → nach Antrag und jährlichem Nachweis der Sozialtarifberechtigung)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE94ZZZ00000104686**

Mandatsreferenz Antragsteller _____ (wird vom Verband mitgeteilt)

Ich gestatte dem CIV-BaWü e. V., den Jahresbeitrag zum Fälligkeitstermin (15. März des Jahres) von meinem Konto einzuziehen. Meine Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Mehrkosten aufgrund Rücklastschriften (z. B. falsche Bankverbindung) gehen zu meinen Lasten.

Bankverbindung zahlungspflichtiges Mitglied: _____

Name, Vorname

Kreditinstitut _____

IBAN _____

Ort, Datum _____ **2. Unterschrift** _____

↗ (für das Lastschriftmandat, ggf. gesetzl. Vertreter)

Bei Minderjährigen ist der Aufnahmeantrag vom gesetzl. Vertreter zu unterzeichnen, der sich damit auch zur Zahlung der Mitgliedsbeiträge verpflichtet.