

# 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 CIs: ☐ ja ☐ nein

Ich bin Sorgeberechtigter eines CI-Kindes: ☐ ja ☐ nein

Name CI-Kind \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

CI-OPs am \_\_\_\_\_ Ort der OPs \_\_\_\_\_

Nachsorgeort \_\_\_\_\_ CI-Typ \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ **1. Unterschrift** \_\_\_\_\_

 (für die Mitgliedschaft, ggf. gesetzl. Vertreter)

- ☐ Einzelmitgliedschaft 50,00 € /Jahr
- ☐ Familienmitgliedschaft \* 80,00 € /Jahr
- ☐ Sozialtarif \*\* 35,00 € /Jahr

(für freiwillig erhöhte Beiträge  
bedanken wir uns herzlich)

\* (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.