



Anmeldeformular per Mail absenden

Anmeldung zur Mitgliedschaft in der HCIG e. V.

(Jahresbeitrag zurzeit 38 Euro)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____ / _____ Fax: _____ / _____

e-Mail: _____

Ich bin CI-Träger und möchte ordentliches Mitglied der HCIG e.V. werden.

Angaben zum CI:

CI-Fabrikat: _____ Datum der Implantation: _____

Ich bin Elternteil eines CI-implantierten Kindes und möchte Mitglied der HCIG e.V. werden.

Vor- und Zuname des Kindes: _____ Geburtsdatum des Kindes: _____

Ich möchte förderndes Mitglied werden. (Obige Kriterien treffen nicht zu.)

Ich willige ein, dass der Mitgliedsbeitrag von meinem Konto bis auf Widerruf mittels SEPA-Lastschrift-Mandat jeweils bis zum 8. Februar eines Jahres abgebucht wird.

Ich bin durch meine Anmeldung und Teilnahme damit einverstanden, dass Fotos von mir, die im Rahmen von Veranstaltungen der HCIG entstehen, von dieser im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit in Print- oder Internetveröffentlichungen genutzt werden können.

Einzugsermächtigung: Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren: DE 34ZZ Z000 0065 1585

Bankverbindung: _____ Institut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift