



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 bin durch meine Anmeldung und Teilnahme damit einverstanden, dass zufällig von mir angefertigte Bilder auch in der Vereinszeitschrift „Ci-Impulse“ der HCIG veröffentlicht werden.

Einzugsermächtigung: Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren:

DE34ZZZ00000651585

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.

IBAN _____

BIC _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

HCIG – Hannoversche Cochlea-Implantat Gesellschaft e.V.

c/o Hörzentrum der MHH
Karl-Wiechert-Allee 3 • 30625 Hannover
www.hcig.de • info@hcig.de

Ihre Anmeldung zur Mitgliedschaft senden Sie bitte Frau Morgner-Thomas per Post, Fax oder e-Mail an die oben stehende Adresse.