

BERLIN-BRANDENBURGISCHE COCHLEA IMPLANTAT GESELLSCHAFT e.V.

Postanschrift: Werner Otto Haus, Paster-Behrens-Str. 81, 12359 Berlin

E-Mail: info@bbcig.de

Regionalverband der Deutschen Cochlea Implantat Gesellschaft (DCIG) e.V.

Antrag Familienmitgliedschaft

– bitte vollständig und in Druckschrift ausfüllen!

Name: Vorname:

Straße: Plz Ort:

Tel: Fax: Mobil:

E-Mail:

geb. am: Beruf:

Sorgeberechtigter eines CI-Kindes: ja / nein

Name des CI-Kindes: geb. am:

Selbst CI-Träger: ja / nein 1. CI seit: Fabrikat:

2. CI seit: Fabrikat:

Berufs- oder sonstige Tätigkeit im medizinisch/rechtlichen Bereich des CI: ja / nein

sonstige Gründe (z.B. Familienmitglied, Interessent)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Aus Kosten- und Organisationsgründen bitten wir um die Erteilung einer Ermächtigung zum Einzug des Beitrags mittels Lastschrift. **Freiwillig erhöhte Beiträge sind willkommen!**

SEPA-Lastschriftmandat

Name: Vorname:

Straße: Plz Ort:

Mitgliedsbeitrag: 77,50 €* pro Jahr

(*Stand 01.01.2011, inkl. Abonnement *Schnecke*, Organ der DCIG e.V.) auf das Konto:

Volksbank Berlin, IBAN: DE08 1009 0000 1805 2440 00, BIC: BEVODEBBXXX

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung i.H.v.

€ jährlich bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos beim

Kreditinstitut:

BIC: IBAN:

.....
mittels Lastschrift einzuziehen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE03ZZZ00000154242**

Mandatsreferenz (wird vom Verein ausgefüllt): **BBCIG.Beitrag.**

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers

Mehrkosten, die durch Rücklastschrift verursacht werden (z.B. aufgrund falscher Kontodaten), trägt das Mitglied selbst.