



CIV Nord e.V.

Cochlea Implantat Verband Nord e.V.

Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und
Bremen



Antrag auf Mitgliedschaft im Cochlea Implantat Verband Nord e.V. (CIVN e.V.) (Hamburg, Niedersachsen, Schleswig Holstein und Bremen)

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Tel.: _____ E-Mail: _____
geb. am: _____ *Beruf: _____
*1. CI am: _____ *2. CI am: _____
*CI-Träger: ja nein Sorgeberechtigter eines CI-Kindes: ja nein

Name des CI-Kindes:

geb. am: _____ *1. CI am: _____ *2. CI am: _____

*Berufliche oder sonstige Tätigkeit im medizinisch/rechtlichen Bereich des CIs: ja nein

Ich zahle als Mitgliedsbeitrag _____ € pro Jahr (mind. 55,00 €). Im Mitgliedsbeitrag ist das Schnecke-Abo enthalten.
Freiwillig erhöhte Beiträge sind sehr willkommen.

.....
Datum, Ort _____ Unterschrift _____

Hinweis zum Datenschutz

Der Datenschutz nimmt im CIVN e.V. eine wichtige Rolle ein. Wir sind bestrebt, ein Minimum an personenbezogenen Daten aufzunehmen und zu verarbeiten. Die Erhebung dient einer sachgerechten Verwaltung der Vereinsangelegenheiten und einer guten Information der Mitglieder. * Die Angaben zum CI und zum Beruf sind freiwillig.

Die erhobenen Daten werden nach den einschlägigen Vorschriften nur zur Mitgliederverwaltung eingesetzt. Sie werden im erforderlichen Umfang innerhalb des Vorstands des CIVN und zur Deutschen Cochlea Implantat Gesellschaft e.V., Hannover, übermittelt.

Sie haben das Recht, von uns Auskunft zu verlangen, welche Daten in welcher Form verarbeitet werden. Zugleich haben Sie das Recht, die Löschung einzelner oder mehrerer Daten zu verlangen.

Ich habe vorstehende Hinweise gelesen, verstanden und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten im CIVN e.V. und bei der DCIG verarbeitet werden.

Ich bin mit der Zusendung des Newsletters des CIVN einverstanden. (ggf. streichen, wenn nicht einverstanden)

Datum, Ort _____ Unterschrift _____

Hinweis zum Mitgliedsbeitrag:

Bankverbindung: Hamburger Sparkasse, IBAN: DE 56200505501001232733, BIC: HASPDEHH

Es vereinfacht die Verwaltung der Finanzen des Vereins, wenn wir die Mitgliedsbeiträge über ein SEPA-Lastschriftmandat einziehen können. Daher bitten wir, das anliegende Formular auszufüllen, zu unterschreiben und mit dem Mitgliedsantrag an uns zu senden.

Herzlich willkommen im CIVN !
Dr. Elmar Haake (1. Vorsitzender), Lilienthaler Heerstraße 232, 28357 Bremen

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

COCHLEA IMPLANTAT VERBAND NORD e.V. (Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein
und Bremen) (CIVN e.V.)
c/o 1. Vorsitzender Dr. Elmar Haake

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Lilienthaler Heerstraße 232

Postleitzahl und Ort:

28357 Bremen

Gläubiger-Identifikationsnummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) :

DE 79ZZZ 00000757087

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitglieds-Nr :

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:**

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): (Ihre IBAN finden Sie auf Ihrem Kontoauszug bzw. Ihrer Bankkarte)

D E

BIC (8 oder 11 Stellen): (Ihre BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug bzw. Ihrer Bankkarte)

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):