

Art der Mitgliedschaft

Einzelmitgliedschaft (45,- €/Jahr) Familienmitgliedschaft (48,- €/Jahr) Fördermitgliedschaft (50,- €/Jahr)

Adresse

Name	
Vorname	Vorname des Partners / der Partnerin
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	Fax
eMail	

Kinder *

Anzahl der in der Familie lebenden Kinder <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> mehr
Name des hörgeschädigten Kindes
Geburtsdatum des hörgeschädigten Kindes

* Bitte für jedes hörgeschädigte Kind die Felder: "Kinder" und "Versorgung mit Hörgeräten" separat ausfüllen.

Versorgung mit Hörhilfen

<input type="checkbox"/> Hörgerät	Firma / Typ	Seit wann? Monat Jahr	<input type="checkbox"/> HdO <input type="checkbox"/> _____	Anzahl <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Ein CI	Firma / Typ	Seit wann? Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Taschenprozessor <input type="checkbox"/> HdO	Reimplantation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> CI und Hörgerät	Firma / Typ CI	Seit wann? Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Taschenprozessor <input type="checkbox"/> HdO	Reimplantation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Firma / Typ HG	Seit wann? Monat Jahr	<input type="checkbox"/> HdO <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Zwei CIs	Firma / Typ 1. CI	Seit wann 1. CI? Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Taschenprozessor <input type="checkbox"/> HdO	Reimplantation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Firma / Typ 2. CI	Seit wann 2. CI? Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Taschenprozessor <input type="checkbox"/> HdO	Reimplantation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankenkasse (Angaben optional)

Bei welcher Krankenkasse/Krankenversicherung ist Ihr Kind versichert?

Falls Ihr Kind 2 CIs hat: Gab es Probleme bei der Kostenübernahme der zweiseitigen (bilateralen) CI-Versorgung?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> Klage musste eingereicht werden |
| <input type="checkbox"/> einmaliges Nachhaken war nötig | <input type="checkbox"/> Ablehnung (zunächst) akzeptiert |
| <input type="checkbox"/> nach mehreren Anläufen ging der Antrag durch | |

Newsletter

Interesse an einem kostenlosen Abonnement? ja nein

Bitte kontrollieren Sie Ihre Angabe der eMail-Adresse im Feld: "Adresse"

Info

Lauscher-Mitglieder sind durch ihren Vereinsbeitt automatisch auch Mitglied in der Deutschen Cochlear Implant Gesellschaft (www.d cig.de) und erhalten viermal im Jahr kostenlos die Zeitschrift „Schnecke“.

Persönliche Daten

Ich bin damit einverstanden, die o. a. Daten an Vereinsmitglieder sowie an die DCIG im Rahmen vereinsüblicher Zwecke weiterzugeben:

- ja nein

Bitte erteilen Sie uns auf dem separaten Blatt eine Einzugsermächtigung und ein SEPA-Lastschriftmandat. Dieses ist gesondert zu unterschreiben und der Eintrittserklärung beizufügen. Sie erleichtern uns damit die Kassenverwaltung erheblich. Vielen Dank.

Hiermit wird bestätigt, dass alle oben gemachten Angaben richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Falls Sie uns detailliertere Informationen zu einem der Felder zukommen lassen möchten, fügen Sie bitte weitere Anlagen hinzu.
Vielen Dank!

Bitte zurück an:

Kleine Lauscher e. V.
Dirk Weber
Hellersberg 2 a
35428 Langgöns

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Kleine Lauscher Elterninitiative zur lautsprachlichen Förderung hörgeschädigter Kinder e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: Hellersberg 2 a
Postleitzahl und Ort: 35428 Langgöns

Gläubiger-Identifikationsnummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

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 (z.B. Mitgliedsbeitrag) Einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße

PLZ / Ort

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

D E _____

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

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.