



COCHLEAR IMPLANT DERNEĞİ

1/2

İşitmenin Mutluluğunu Yaşayın

YENİ ÜYE / ÜYE KAYIT FORMU (F1)

Biz kimiz?

Cochlear İmplant Derneği (CID) Ankara'da 2001 yılında çok ileri teknoloji ürünü olan cochlear implant cihazlarını kullanan işitme kayıplılar ile bu cihazların tıbbi uygulamalarını yapan doktor ve odyologlar tarafından, kullanıcılara ameliyat öncesinden itibaren bir ömür süren kullanım döneminde her konuda gerekli desteği sağlamak, bilgilendirmek ve bu yönde gelişmeleri takip etmek amacıyla kurulmuştur.

Derneğe kimler ve nasıl üye olabilir?

Derneğe; Yasalara göre 18 yaşını dolduran her koklear implant kullanıcısı veya ailesi, koklear implant adayları, Doktor, Odyolog, Özel Eğitim Merkezleri personeli ve bunun gibi personel ile cihaz firmalarının elemanları üye olabilirler. Ayrıca şartları taşımak kaydı ile isteyen her vatandaşımız ile tüzel kişiliğe sahip kuruluşlar da üye olabilirler.




Üye kayıt formu iki (2) sayfadan oluşmaktadır. Üye olmak için aşağıdaki üye kayıt formunun her iki sayfasının doldurulması gerekmektedir. T.C. Kimlik Kartınızın arkalı-önlü fotokopisi ile birlikte, ıslak imzalı hali derneğimizin adresine posta/kargo ile gönderilmeli. E-posta adresine gönderilen üye kayıt formları ancak ön bilgi amacıyla değerlendirilir. **Üyelik talebinin kanunen geçerli sayılması için mutlaka ıslak imzalı üye kayıt formunun, T.C. Kimlik Kartınızın arkalı-önlü fotokopisi ile birlikte tarafımıza ulaştırılması gerekmektedir.**

18 yaşını doldurmayan küçük kullanıcılar adına velisi kaydedilmektedir. Kullanıcı velisi üyelik formunu kendi kimlik bilgilerine göre dolduracaktır. Kullanıcı çocuğun kimlik bilgileri ise **2 numaralı** kısma yazılacaktır. 18 yaş altında birden fazla çocuğu olanlar aileler için, tek kayıt açılacak ve tek aidat alınacaktır.

Velisi ve çocuğun T.C. Kimlik Kartının arkalı-önlü fotokopisi ile birlikte üye kayıt formunun tarafımıza ulaştırılması gerekmektedir.

Dernek adresimiz : Kızılırmak Mahallesi Dumlupınar Bulvarı No: 3C1-160 Çankaya / Ankara
Next Level Adres Kodu: 2632345621 E-posta : bilgi@koklearimplantderneği.org.tr

Yıllık aidatımız **2024** yılı itibari ile **200 TL** olarak belirlenmiş olup, aidat ve bağışlarınız için hesap bilgilerimiz aşağıda verilmiştir. **AKBANK/IBAN: TR19 0004 6003 5488 8000 0627 05**

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <u>Üye Olacak Kişinin</u> | <u>(Bu Numara Dernekçe Verilmektedir)</u> |
| T.C. Kimlik No : _____ | Dernek Üye Numarası : _____ |
| Adı – Soyadı : _____ | Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl : _____ |
| Anne Adı : _____ | Baba Adı : _____ |
| Doğum Tarihi : _____ | Medeni Hali : _____ |
| Uyruğu : T.C. <input type="checkbox"/> Diğer : _____ | Cinsiyet : _____ |
| Meslek : _____ | Öğrenim Durumu : _____ |
|  :..... | <u>Ev Adresi</u> : _____ |
|  :..... | |
|  :..... | |
| Cep Tel (1) : _____ | E-mail adresi : _____ |



COCHLEAR İMPLANT DERNEĞİ

2/2

İşitmenin Mutluluğunu Yaşayın

YENİ ÜYE / ÜYE KAYIT FORMU (F1)

Cochlear İmplant Yönünden Konumu

Kullanıcı Odyolog Diğer : _____
Aile Psikolog
Doktor Özel Eğitimci

| Cihaz Markası | Cihaz Modeli | Yön Bilgisi (Sağ veya sol olarak belirtiniz) | İmplant Türü Biyonik Kulak / Beyin Sapı |
|--------------------|--------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Advanced Bionics | _____ | _____ | _____ |
| Medel | _____ | _____ | _____ |
| Cochlear / Nucleus | _____ | _____ | _____ |
| Oticon Medikal | _____ | _____ | _____ |
| Diğer _____ | _____ | _____ | _____ |

Ameliyat Tarihi : _____
Ameliyatın Yapıldığı Hastane : _____
İşitme Kaybı Doğuştan Var İşitme Kaybı Sonradan Oluştu

2) Kullanıcı 18 Yaşından Küçük ise ÇOCUĞUNUZUN;

Adı – Soyadı : _____
Doğum Tarihi : _____
T.C. Kimlik Numarası : _____

COCHLEAR İMPLANT DERNEĞİ BAŞKANLIĞI'NA

ANKARA

Ankara Valiliği İl Dernekler Müdürlüğü'nce 06-063-106 kütük numarası ile kaydı yapılarak kurulmuş bulunan COCHLEAR İMPLANT DERNEĞİ' ne, Dernek Tüzüğü'nün kurallarına uygun olarak üye olmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Ad-Soyad / İmza

Tarih

KİŞİSEL VERİLERİN KULLANILMASI ONAYI: 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ilgili hükümleri gereğince, yukarıda verdiğim kişisel bilgilerin Cochlear İmplant Derneği tarafından kendi sistem ve kayıtlarına işlenmesi, dernek faaliyetlerinin duyurulması amacıyla kullanılması, sms veya mail yoluyla bilgilendirme yapılması ve derneğin bilgi vermekle yükümlü olduğu resmi kurumlarla paylaşması konusunda açık izin ve onay veriyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Ad-Soyad / İmza

Tarih