



# COCHLEAR İMPLANT DERNEĞİ

1/2

*İşitmenin Mutluluğunu Yaşayın*

## ÜYELİK BİLGİLERİNİ GÜNCELLEME FORMU (F2)

### **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 bilgilerini güncelleme formu iki (2) sayfadan oluşmaktadır. Bilgileri güncellemek için aşağıdaki formun, 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 / üyelik bilgilerinin güncellenmesi için mutlaka ıslak imzalı formun, T.C. Kimlik Kartınızın arkalı-önlü fotokopisi ile birlikte tarafımıza ulaştırılması ile mümkün olacaktır. Talepte bulunmadan önce e-devletten üyeliğinizi kontrol ediniz. Üyelik Başlangıç Tarihini, e-devlet üzerinden görüntüleyebilirsiniz.**

**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 verilmiştir. **AKBANK/IBAN: TR19 0004 6003 5488 8000 0627 05**

<b><u>( Kayıtlı Üyenin )</u></b>	<b><u>( Dernek tarafından Verilen Üyelik Numarası )</u></b>
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 : _____	Meslek : _____
<b><u>Ev Adresi</u></b> : _____	<b><u>Öğrenim Durumu</u></b> : _____
 :.....	Cinsiyet : _____
 :.....	<b><u>Üyelik Başlangıç Tarihi</u></b> : _____
 :.....	
Cep Tel (1) : _____	<b><u>E-mail adresi</u></b> : _____

## ÜYELİK BİLGİLERİNİ GÜNCELLEME FORMU (F2)

### Cochlear Implant 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 IMPLANT DERNEĞİ BAŞKANLIĞI'NA

#### **ANKARA**

Ankara Valiliği İl Dernekler Müdürlüğü'nce **06-063-106** kütük numarası ile kaydı yapılarak kurulmuş bulunan COCHLEAR IMPLANT 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**