



Antwort (bitte per Scan): info@vca-deutschland.de

Aufnahmeantrag ordentliches Apotheken-Mitglied

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im **Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA)** als ordentliches Mitglied. Mit dem Antrag erkenne ich die Satzung des VCA an. Ich bin bereit, auch öffentlich für die Ziele des VCA einzutreten und mich auf der VCA-Webseite nennen zu lassen.

Apotheke	
Inhaber	
Straße	
PLZ	
Ort	
Name Ansprechpartner	
Telefon Ansprechpartner	
Mobiltelefon Ansprechpartner	
E-Mail-Adresse Ansprechpartner	
E-Mail-Adresse für Rechnungsversand	

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten verarbeitet und gespeichert werden. Die Schutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden selbstverständlich eingehalten.

Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beläuft sich auf **500 € pro Jahr**.

Ich möchte in die WhatsApp-Gruppe „EMC – Erfahrungsaustausch Medizinal-Cannabis“ aufgenommen werden mit folgender Mobilnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA)

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Flöz-Herrenbank-Straße 27

Postleitzahl und Ort:

46119 Oberhausen

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE53ZZZ00002243789

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**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):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

manuell

114.903.001 KI (Fassung Aug. 2010) - (V1)
Deutscher Sparkassenverlag
Urheberrechtlich geschützt

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