



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

Aufnahmeantrag Förderpartner

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

Außerdem erfüllt mein Unternehmen folgende Voraussetzungen:

- Wir führen eine Lizenz für die Belieferung des deutschen Marktes für medizinisches Cannabis
- Mindestens ab dem Jahr 2021 können wir unsere HGB-Umsätze in diesem Bereich verbindlich nachweisen (liegt bei)
- **Der Umsatznachweis für das Vorjahr ist zu Beginn eines neuen Beitragsjahres unaufgefordert beim VCA einzureichen.**

Unternehmen	
Straße	
PLZ	
Ort	
Name Ansprechpartner	
Telefon Ansprechpartner	
Mobiltelefon Ansprechpartner	
E-Mail Ansprechpartner	
E-Mail für Rechnungsversand	

Datenschutzerklärung

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

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Vorjahresumsatz nach HGB (x)	Mitgliedsbeitrag (bitte ankreuzen)
Aufnahmegebühr für alle: € 500	
x < € 1 Mio.	€ 1.000 <input type="checkbox"/>
€ 1 Mio. ≤ x < € 10 Mio.	€ 5.000 <input type="checkbox"/>
€ 10 Mio. ≤ x < € 30 Mio.	€ 7.500 <input type="checkbox"/>
€ 30 Mio. ≤ x < € 50 Mio.	€ 10.000 <input type="checkbox"/>
€ 50 Mio. ≤ x < € 100 Mio.	€ 12.500 <input type="checkbox"/>
€ 100 Mio. ≤ x	€ 15.000 <input type="checkbox"/>

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):**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****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.

manuell

114 903.001 KI (Fassung Aug. 2010) - (V1)
Deutscher Sparkassenverlag
Urheberrechtlich geschützt