



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

AUFNAHMEANTRAG PERSÖNLICHES FÖRDERMITGLIED MIT APOTHEKENHINTERGRUND (NICHT-INHABER)

Ich beantrage die Aufnahme im **Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e.V. (VCA)** als persönliches Fördermitglied. 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.

Name, Vorname	
Apotheke/Unternehmen/ Organisation	
Straße	
PLZ und Ort	
Telefon	
Mobiltelefon	
E-Mail-Adresse	

Datenschutzerklärung

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

Der Mitgliedsbeitrag für persönliche Fördermitglieder beläuft sich ab dem 01.01.2024 auf 150 € pro Jahr. Bei einem Beitritt nach dem 01.07. werden nur 50 % (75 €) in Rechnung gestellt.

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

Ort, Datum

Unterschrift



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 gezogene 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.