



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

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

### **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.