



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

AUFNAHMEANTRAG ORDENTLICHES APOTHEKENMITGLIED

Ich beantrage 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 und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Name Ansprechpartner	
Telefon Ansprechpartner	
Mobiltelefon Ansprechpartner	
E-Mail Ansprechpartner	
E-Mail für Rechnungsversand	
Homepage	

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 750 € pro Jahr.

Bei einem Beitritt nach dem 01.07. werden nur 50 % (**375 €**) in Rechnung gestellt.

☐ 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.