

Beitrittserklärung

So treten Sie bei

Mitglieder der ACM (**Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e. V.**) kommen aus Deutschland und der Schweiz.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Mitgliedschaft & Beitrag

☐ Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin.

☐ Ich werde monatlich _____ EURO (Deutschland) als Beitrag zahlen.

(2,50 EURO für Nicht-Berufstätige, mindestens 5 EURO für Berufstätige und 10 EURO für juristische Personen, wie etwa Vereine und Institute.)

☐ **SEPA-Lastschriftenmandat. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000713277**

Ich ermächtige die ACM, meinen Mitgliedsbeitrag

☐ jährlich ☐ vierteljährlich

von meinem Konto bei meiner Bank _____

BIC _____ IBAN DE _____

einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die von der ACM auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in (Name, Vorname) _____

(falls abweichend vom Mitglied).

Eine Einzugsermächtigung erleichtert uns die Buchführung. Wir würden uns daher darüber freuen.

Persönliche Angaben

(Titel) Vorname/Name _____

(ggf. Institution, Zusatz zur Adresse) _____

Straße und Hausnummer _____ Tel. _____

PLZ und Ort _____ Fax _____

E-Mail _____ Bundesland _____

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte ausfüllen und per E-Mail oder Post senden an: **ACM, Bahnhofsallee 9, 32839 Steinheim**, E-Mail: **info@arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de**